

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N^o
342

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée

Par Jean ROUBY

Contribution à l'étude de la Presbyophrénie

Président : M. GILBERT BALLET, professeur.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE EMILE NOURRY

62, rue des Ecoles, 62

1911

342



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Contribution à l'étude
de la Presbyophrénie**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	{ WIDAL.
	{ N.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils.....	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale.....	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ GILBERT.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
Maladies des enfants.....	HUTINEL.
Clinique des malad. mentales et des malad. de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DEJERINE.
Clinique chirurgicale.....	{ DELBET.
	{ QUENU.
	{ RECLUS.
	{ SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	{ BAR.
	{ PINARD.
	{ RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICES

MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	GUENIOT.	MICLOUX.
BERNARD.	GUILLAIN.	NOFECOURT.
BRANCA.	JEANNIN.	OKINCZYC.
BRINDEAU.	JOUSSET (ANDRÉ).	OMBREDANNE.
BROCA (ANDRÉ).	LABBE (MARCEL).	PROUST.
BRUMPT.	LANGLOIS.	RATHERY.
CAMUS.	LAIGNEL-LAVASTINE.	RETTIER.
CARNOT.	LECÈNE.	RICHAUD.
CASTAIGNE.	LENORMAND.	ROUSSY.
CHEVASSU.	LEQUEUX.	ROUVIERE.
CLAUDE.	LÉPER.	SCHWARTZ.
COUVELAIRE.	MACAIGNE.	SICARD.
DESGREZ.	MAILLARD.	TERRIEN.
DUVAL (PIERRE).	MORESTIN.	TIFFENEAU.
GOUGEROT.	MULON.	ZIMMERN.
GREGOIRE.		

Par délibération en date du 9 décembre 1788, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée

Par Jean ROUBY

Contribution à l'étude de la Presbyophrénie



Président : M. GILBERT BALLET, professeur.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE EMILE NOURRY

62, rue des Ecoles, 62

1911

Je dédie cette thèse

A MON PÈRE

Le Dr ROUBY

Chevalier de la Légion d'Honneur

Meis et Amicis

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Gilbert BALLET

Professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé Ernest DUPRÉ

Médecin des Hôpitaux
et de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de Police
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine d'Alger
et de l'Hôpital Civil de Mustapha

A MES MAITRES

de la Faculté de Paris

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études médicales, c'est un agréable devoir pour nous d'exprimer publiquement nos remerciements et notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale.

Que notre père qui, par ses conseils, sut imprimer à notre jeunesse une prudente direction, soit assuré de notre amour filial et de notre reconnaissance.

Que nos maîtres de la Faculté de Médecine d'Alger et de l'Hôpital civil de Mustapha qui nous ont guidé dans nos études reçoivent l'hommage de notre reconnaissance pour l'enseignement savant qu'ils nous ont donné et la sympathie avec laquelle ils nous ont accueilli dans leurs laboratoires et dans leurs services.

Que MM. les professeurs ARDIN-DELTEIL, BRAULT, CANGE, CURTILLET, ROUVIER, SOULIÉ, VINCENT, dont nous avons eu l'heureuse fortune de suivre les brillantes leçons, soit à la Faculté, soit au lit des malades, et dont nous sommes fiers d'avoir été l'élève, veuillent bien agréer l'assurance de notre entier dévouement.

Que MM. les docteurs ABOUILKER, BATTAREL, CABANNES, CRESPIN, DUMOLARD, GILLOT, GOINARD, LEMAIRE, MURAT, RAYNAUD, REY, SALIÈGE, SABADINI, qui nous ont prodigué avec leurs excellents conseils, de nombreuses marques de sympathie, soient assurés de notre profonde reconnaissance.

Que nos maîtres de la Faculté de Paris veuillent bien accepter tous nos remerciements pour l'accueil bienveillant que nous avons reçu auprès d'eux.

Que M. le Professeur Gilbert BALLET soit assuré de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale et pour nous avoir reçu pendant deux années à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale à l'Asile Sainte-Anne.

Que M. le Professeur DUPRÉ, qui nous inspira le sujet de notre thèse, reçoive l'expression de notre reconnaissance et de notre sincère dévouement. Nous conserverons un souvenir ineffaçable de ces trois années passées à l'infirmierie spéciale de la Préfecture de Police et nous tâcherons de mettre en pratique ses excellentes leçons de psychiatrie.

Il en est que l'on ne peut malheureusement remercier que dans leur tombe : M. le Professeur TROLARD, ce maître éminent si généralement aimé et estimé, le D^r DENIS, dont nous étions l'ami dévoué, le D^r SCHERB et le D^r SICARD sont du nombre. La reconnaissance que nous leur avons vouée n'en est pas moins sincère, et nous tenons à le dire au moment de nous lancer dans la carrière où ils ont laissé d'unanimes et fervents regrets.

Aux bons camarades que nous nous sommes créés et avec lesquels nous avons passé nos années d'études à la Faculté de Médecine d'Alger et à l'Hôpital Civil de Mustapha, nous adressons un souvenir ému en les assurant de notre profonde sympathie.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Jusqu'à ce jour, la démence était, parmi les maladies mentales, celle qui retenait peut-être le moins l'attention des cliniciens et des aliénistes. En effet, les descriptions des traités classiques et les recherches faites sur ce sujet sont toujours des plus sommaires, comme si, l'étude de désintégration sénile des facultés intellectuelles était dépourvue d'intérêt ou comme si le dernier mot avait été déjà dit sur cette question (NOUËT et HALBERSTADT). Or, il n'en est rien, et depuis quelques années, on a essayé de rompre avec l'usage établi et de distinguer plusieurs tableaux cliniques différents; c'est ainsi que l'on a isolé un syndrome spécial que l'on a désigné sous le nom de *presbyophrénie*.

Ce terme de presbyophrénie a été imaginé par KAHLBAUM (1) pour désigner certains troubles spéciaux que l'on observe chez les vieillards et qui sont caractérisés surtout par l'amnésie continue, la désorientation, les fausses reconnaissances et la fabulation. C'est à WERNICKE (2) que revient l'honneur d'avoir isolé, pour la première fois, ce syndrome auquel il a, d'ailleurs, donné son nom; bien que la description qu'il en fait soit un peu confuse, il a apprécié comme il convenait l'importance de cette nouvelle forme morbide; et il la décrit comme une variété de démence sénile analogue, dans son ensemble, à la psychose de Korsakoff, mais s'en distinguant par le degré plus léger et plus

(1) KAHLBAUM. (*Allgem. Ztschr. f. Psychiat.*, 1898, LVI.)

(2) WERNICKE. *Grundriss der Psychiatrie*. (Leipzig, 1900, 8°, III Theil.)

variable de la désorientation et la prédominance nocturne des états délirants.

Dans son traité de psychiatrie, KRÆPELIN (1) consacre une étude intéressante à la presbyophrénie; il discute les rapports de cette affection avec la psychose polynévritique de Korsakoff et s'oppose formellement à toute assimilation entre ces deux syndromes qui sont séparés, l'un de l'autre, dit-il, par des différences radicales, tant au point de vue clinique qu'au point de vue de l'étiologie et de l'évolution.

WOLLENBERG (2), dans son chapitre des troubles mentaux de la sénilité, consacre une courte étude à la presbyophrénie; il lui reconnaît tous les caractères spécifiques que Wernicke et Kræpelin lui ont attribués.

Pour REDLICH (3), la presbyophrénie serait un syndrome caractérisé non seulement par l'amnésie de fixation et la tendance à la fabulation, mais aussi par des lésions corticales en foyer de nature névroglique.

Enfin, FISCHER a surtout insisté sur l'anatomie pathologique de l'affection et il a cru reconnaître dans les préparations qu'il a étudiées des lésions qu'il considère comme des lésions spécifiques de la presbyophrénie.

En effet, dans un premier travail publié en 1907 (4), il a signalé, dans un certain nombre de cerveaux de déments séniles, l'existence d'une lésion particulière, énigmatique, de l'écorce cérébrale, qui, anatomiquement et cliniquement parlant, ne se rapporte à rien de ce que l'on a coutume d'observer chez de simples déments séniles, et qu'il a désignée sous le nom de « nécrose ganglionnaire ». (Drusige, Nekrose.)

(1) KRÆPELIN. Lehrbuch der Psychiatrie. (Leipzig, 1904, 8°, Bl II.)

(2) WOLLENBERG. Lehrbuch der Psychiatrie. (Iena, 1907, in-8°.)

(3) REDLICH. (Jahrbuch f. Psychiatrie u. Neurol., 1907, Bd. XVII.)

(4) FISCHER. (Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol., 1907, XXII, 361-372.)

Un an plus tard, dans une communication faite au congrès annuel de la Société allemande de Psychiatrie (1), FISCHER donne des considérations cliniques sur cette forme spéciale de démence sénile et il attire l'attention sur la ressemblance morphologique que certaines lésions présentent avec des amas bactériens; mais il ne veut pas faire de nouvelle publication, à ce sujet, avant d'avoir recueilli un nombre suffisant de faits qui viennent à l'appui de sa théorie; aussi, n'est-ce qu'en 1910 que paraît son important travail (2), dans lequel il donne des considérations anatomo-pathologiques et cliniques, en se basant sur les résultats obtenus dans l'observation de 111 malades.

Entre temps paraissent les travaux de HUBNER (*Arch. f. Psychiat. u. Neurol.*, Baud 46, Heft 2), de OPPENHEIM (*Neurol. Centrabl.*, 1909) de SARTESCHI (*Riv. sper. di Freniatr.*, 1909, XXXV, etc.); mais FISCHER reproche à tous ces auteurs d'avoir fourni des résultats plus ou moins probants en ne s'appuyant que sur un petit nombre d'observations.

En France, la description de la presbyophrénie occupe, dans la littérature médicale, une place moins importante et d'ailleurs différente dans le cadre nosologique; et c'est à l'histoire de la confusion mentale que se rapporte l'étude de ces troubles psychiques. Les travaux de CHASLIN, de SÉGLAS, de RÉGIS donnent l'analyse psychologique et la description clinique de ce syndrome et de ses variétés; et dans ses études remarquables sur la confusion mentale chronique, RÉGIS (3) a insisté sur le délire onirique des gens âgés.

En outre, ce dernier auteur a montré, et en cela il est

(1) FISCHER (O.). (*Jahresversamml. d. deutsch. Ver. f. Psychiat.*, Berlin, 1908.)

(2) FISCHER (O.). (*Ztschr. f. gesamte Neurol. u. Psychiat.*, Berlin u. Leipg., 1910, III, Heft 4, 371-471, 13 Taf.).

(3) RÉGIS. Précis de Psychiatrie. (Paris, 1906, 8°.)

d'accord avec M. Gilbert BALLET (1), que la psychose de Korsakoff n'a pas de spécificité clinique et qu'elle ne représente qu'une forme particulière de confusion mentale surajoutée à la polynévrite. C'est également à cette même conclusion qu'aboutit M. DUPRÉ dans son étude des psychopolynévrites (2).

Puis dans d'autres travaux qui firent l'objet de communications à la Société de psychiatrie de Paris, M. DUPRÉ oriente la question dans une voie nouvelle, et montre l'intérêt qu'il y aurait à étudier soigneusement l'étiologie de chaque cas de presbyophrénie : « Nous croyons qu'il serait intéressant, écrit-il (3), de rechercher à l'origine de certains états démentiels d'étiologie imprécise, les antécédents de psychose polynévritique même atténuée et de considérer quelques-uns de ces états démentiels comme les reliquats, les séquelles du syndrome de Korsakoff, contemporains d'une polynévrite plus ou moins ancienne. »

L'année suivante, en 1909, MM. DUPRÉ et CHARPENTIER (4), à l'occasion d'un cas qu'ils présentèrent à la société de psychiatrie de Paris (dans la séance du 17 décembre 1908), insistent sur la fréquence de l'association confusionnelle ou presbyophrénique de la démence sénile avec la polynévrite. Ils donnent un rapide aperçu des opinions émises par Wernicke, Krapelin, Wollenberg, etc. ; ils regrettent que les auteurs allemands n'aient fait aucune mention des signes de polynévrite que l'on peut observer chez les presbyophréniques ; et, à leur avis, l'absence d'examen du sys-

(1) Gilbert BALLET. Psychoses, in : *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard.

(2) DUPRÉ. Des psychopolynévrites, in : *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet. (Paris, 1903, in 8°, 1122-1160.)

(3) DUPRÉ et CHARPENTIER. Des psychopolynévrites chroniques. (*Encéphale*, Paris, avril 1908, III, 289-296.)

(4) DUPRÉ et CHARPENTIER. Psychopolynévrite chronique et démence. (*Encéphale*, Paris, février 1902, n° 2.)

tème nerveux périphérique, et, en particulier, de l'état fonctionnel des membres inférieurs, constitue une fâcheuse omission.

Enfin, de l'ensemble de ses observations, M. DUPRÉ dégage la conclusion suivante, qui peut, en définitive, servir de définition à l'affection qui nous occupe : « *La presbyophrénie est une forme particulière de démence sénile ou pré-sénile qui est caractérisée par l'amnésie de fixation, la désorientation, les fausses reconnaissances, la fabulation, la fréquence des états oniriques ; elle s'observe surtout chez des malades qui présentent des signes manifestes de polynévrite, principalement accusée aux membres inférieurs ; et l'ensemble du tableau morbide (psychopathie et polynévrite) peut être considéré comme une psychopolynévrite insidieuse et, d'emblée chronique, ou consécutive à une polynévrite aiguë avec syndrome de Korsakoff ayant évolué vers la chronicité.* »

Les travaux de M. DUPRÉ et de ses élèves attirèrent l'attention des cliniciens sur cette forme particulière de démence sénile et l'on vit paraître, sur cette question, un certain nombre d'observations parmi lesquelles il convient de citer celles de CHARTIER, de DENY et CAMUS, de BEAUSART, de TRÉNEL et LIBERT, de ROSE et BENON, de GELMA, de BRISSOT et HAMEL, de HALBERSTADT, de HAMEL (1911), etc.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Au début de ce travail, nous avons vu que la presbyophrénie est caractérisée par un ensemble de troubles mentaux qui constituent ce que l'on peut appeler le *syndrome psychopathique*, et que les Allemands (Krapelin, Wollenberg, etc.) considèrent comme une affection absolument différente de la psychose polynévritique. Pour les auteurs français et, en particulier, pour M. DUPRÉ, la presbyophrénie n'est pas une entité morbide distincte de la maladie de Korsakoff, dont elle n'est que la forme chronique. Aussi, dans l'étude symptomatologique de l'affection, y a-t-il lieu, pensons-nous, de distinguer deux groupes de signes : 1° ceux qui se rapportent uniquement à l'état mental du sujet et qui constituent le *syndrome psychopathique* ; 2° ceux que l'on rencontre particulièrement au début de la maladie, qui se traduisent par des troubles moteurs et des phénomènes de polynévrites et que l'on peut désigner sous le nom de *syndrome polynévritique*.

I. — SYNDROME PSYCHOPATHIQUE

A). — **Symptômes généraux.** -- Au début de l'affection, on constate fréquemment un ensemble de petits signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Les malades sont toujours des personnes âgées, et presque exclusivement des femmes. Elles sont, habituellement, d'humeur gaie ; presque toujours souriantes, elles ont un abord aimable et avenant. Ces malades sont le plus souvent loquaces ; elles parlent

avec aisance et se prêtent de bonne grâce à l'interrogatoire et accompagnent leurs discours de gestes et d'une mimique appropriée à leurs paroles. Parfois, elles s'occupent de leur entourage auquel elles témoignent de l'intérêt ou de la compassion ; elles sont accessibles à la plaisanterie et s'acclimatent très vite dans une nouvelle demeure. D'autres fois, il n'est pas rare de voir l'euphorie et le calme habituels à ces malades disparaître et faire place à de l'agitation, à des accès de colère qui sont d'ailleurs passagers ; les malades veulent alors faire leur paquet pour partir ; elles descendent de leur lit où il est difficile de les maintenir ; elles se promènent et marchent au hasard dans les dortoirs ; elles taquinent et excitent leurs voisines ou détruisent leur literie. Ces états passagers d'agitation s'observent surtout la nuit et peuvent s'accompagner d'hallucinations.

En même temps, on voit apparaître certains troubles qui constituent les symptômes cardinaux de la presbyophrénie et qui sont : les *troubles de la mémoire*, la *désorientation* et la *confabulation*, caractérisant ce que l'on peut appeler la période d'état.

B). — **Troubles de la mémoire.** — Les troubles de la mémoire sont ceux qui apparaissent les premiers et ils se traduisent par de l'*amnésie* qui paraît être due à la sclérose progressive des artérioles du cortex (HAMEL). Pour SOUKHANOFF, ils seraient liés à un affaiblissement du tonus de la substance cérébrale et, peut-être aussi, à la destruction de quelques collatérales. Or, nous savons que les artères collatérales du cerveau jouent un grand rôle dans les fonctions psychiques et que leur intégrité est indispensable pour l'activité régulière du mécanisme psychique, en général, et pour la faculté de représentation de la mémoire, en particulier.

Suivant que les troubles portent sur des faits récents ou

sur des faits anciens, on a l'*amnésie antérograde* ou l'*amnésie rétrograde*.

AMNÉSIE ANTÉROGRADE. — L'amnésie antérograde résulte d'une abolition totale, ou du moins, d'une diminution très accusée du pouvoir de fixation. Le malade oublie très rapidement des faits récents; il ne sait plus ce qu'il vient de faire quelques instants auparavant; parfois quelques minutes, souvent même quelques secondes suffisent pour que le sujet ne se souvienne plus d'une visite qu'il vient de recevoir ou d'une lecture qu'il vient de faire; il raconte comme un fait nouveau ce qu'il vient de dire déjà deux ou trois fois. Sortant de table, il demande s'il n'est pas bientôt l'heure de dîner et il se plaint de manquer d'appétit.

Les faits journaliers, eux-mêmes, dont la répétition quotidienne, dans des circonstances toujours identiques, devraient assurer la conservation, n'échappent pas plus que les autres à l'oubli. Même après des semaines ou des mois de séjour à l'asile, le malade est incapable de donner le moindre détail sur le médecin ou le personnel qu'il voit tous les jours; il ne reconnaît pas les personnes avec lesquelles il a fait connaissance pendant sa maladie; et toutes les fois qu'on l'interroge, il affirme qu'il voit, par exemple, le médecin ou les infirmiers pour la première fois.

Les quelques représentations qui sont suscitées soit par l'entourage, soit par le malade lui-même, s'évanouissent si rapidement qu'aucun souvenir ne persiste de ce qui vient d'arriver; et bien des signes démontrent que le sujet paraît mettre beaucoup plus de temps que les individus normaux à prendre conscience des impressions qui frappent son esprit; et nombre d'images s'effacent avant d'avoir eu le temps de se graver dans son cerveau.

L'amnésie antérograde, que l'on désigne encore sous le nom d'*amnésie de fixation* ou d'*acquisition* est, d'après

KRÆPELIN, un des symptômes capitaux de la presbyophrénie, et elle serait toujours l'indice d'un état grave.

AMNÉSIE RÉTROGRADE. — L'amnésie rétrograde est une *amnésie de conservation ou de reproduction*. En effet, dans l'acception courante du mot, la mémoire comprend trois choses : la conservation de certains états, leur reproduction et leur localisation dans le passé (RIBOT); or, la reproduction d'un souvenir suppose évidemment sa conservation.

Ce qui est remarquable, dans certains cas, c'est la conservation à peu près complète des souvenirs anciens; les malades décrivent, sans efforts, avec précision et exactitude, la topographie des lieux qu'ils ont habités, du quartier de la ville où ils ont demeuré, la physionomie des personnes auprès desquelles ils ont vécu, etc. Mais le plus souvent, quelques faits établissent que certains souvenirs dont l'évocation volontaire est impossible (*amnésie d'évocation*), trahissent cependant leur conversation inconsciente par les modifications qu'ils impriment aux actes ou à l'état affectif du sujet.

De l'ensemble des faits observés, il résulte que, dans nombre de cas, il s'agit d'une amnésie d'évocation : « Les images, les impressions, que le malade perçoit, ne sont pas perdues; il les garde dans son inconscient; c'est la faculté de les évoquer, de les faire renaître qui est perdue chez lui. » (CHARCOT) (1).

En résumé, l'amnésie rétrograde est un trouble purement fonctionnel, par défaut de reproduction; l'effacement des souvenirs se fait conformément à la loi de régression (ROQUES DE FURSAC), et suivant la gravité de chaque cas particulier, l'amnésie porte sur un espace de temps plus ou moins considérable.

(1) CHARCOT. (*Rev. Neurologique*, Paris, 1893.)

Pour M. JANET, qui a étudié l'amnésie chez les hystériques, et pour M. SÉGLAS (1) qui l'a étudiée dans la confusion mentale, elle serait favorisée par une diminution spéciale de l'activité psychique, un défaut de synthèse mentale, de perception personnelle des souvenirs.

Enfin, M. SOLLIER (2) s'exprime d'une façon identique en disant que les éléments nerveux sont hors d'état de conserver les images et de les synthétiser en un phénomène conscient.

OBSERVATION PERSONNELLE

M. R. de S..., âgé de 68 ans, ancien militaire retraité, était, avant son internement, secrétaire de mairie. Alcoolisme chronique et paludisme. Le malade entre à la maison de santé parce que ses enfants ne peuvent plus le garder à la maison ; il veut toujours sortir et se perd dans la rue. Quand il va prendre son apéritif, il quitte le café au bout d'un instant, puis ne se souvenant plus qu'il vient d'y aller, il y retourne ainsi plusieurs fois et absorbe, par ce fait, une grande quantité d'alcool.

A la maison de santé, il présente des troubles assez accentués de la mémoire et en particulier de l'amnésie de fixation : en quittant la table, il oublie qu'il vient de manger et réclame impérieusement son repas ; il mange d'ailleurs très vite, de peur qu'on ne lui enlève son assiette remplie d'aliments. Il se rappelle bien des années où il était capitaine, mais ne se souvient plus de son passage à la mairie d'Oran ; il ne se rend pas compte de l'endroit où il se trouve ; il croit être dans une maison de retraite de l'armée et obéit à tous les employés croyant avoir affaire à des supérieurs. Il est désorienté dans le temps. A la visite de personnes amies, il a pris les enfants de celles-ci pour les siens. A notre demande sur ce qu'il avait fait la veille, il répondait qu'il avait été au théâtre et qu'il avait vu jouer un grand drame qu'il nous décrivait.

Etat physique assez bon, malgré une volumineuse hernie inguinale gauche. Les réflexes sont normaux aussi bien aux

(1) SÉGLAS. Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. (Paris, 8°, p. 237.)

(2) SOLLIER. Les troubles de la mémoire. (Paris, 8°, p. 80.)

membres inférieurs qu'aux membres supérieurs ; il se plaignait seulement de douleurs dans les jambes et marchait assez difficilement. Pas de signe de Babinski. Pupilles en myosis, égales et régulières avec réactions normales.

OBSERVATION PERSONNELLE

Certificat d'internement fait par M. le Professeur DUPRÉ, à l'infirmierie spéciale du Dépôt :

Démence sénile avec syndrome presbyophrénique (amnésie continue, fausses reconnaissances, fabulation, etc.) *Incohérence extrême des propos. Désordre des actes. Nécessité d'une surveillance continue.*

M^{me} J..., femme G..., âgée de 77 ans, est amenée à l'infirmierie spéciale du Dépôt le 12 mai 1911 avec le procès-verbal suivant :

« Devant nous se présente une femme âgée disant se nommer J. (?) Augustine qui ne peut donner d'autres indications sur sa situation juridique et son domicile. Elle prétend être venue à notre commissariat sur l'invitation d'un homme qu'elle ne connaît pas. Elle s'imagine se trouver à la gare Saint-Lazare, mais ne sait pour quel motif elle s'y est rendue. Elle tient des propos incohérents, dit tantôt qu'elle demeure à Paris, rue du Rocher et n'indique pas le numéro, tantôt qu'elle ne se souvient plus où elle demeure.

Elle se dit mariée, ajoute que son mari se trouve « ici », qu'elle a deux enfants, l'un est à Batignolles, l'autre à Saint-Malo. Ses déclarations, quant aux noms des membres de sa famille, sont contradictoires. Tantôt son mari se nomme Octave, tantôt Louis, tantôt Edouard. Quant à ses deux fils, ils se nomment tous les deux « Eugène ». Questionnée sur son âge, elle prétend être âgée de 30 ans, alors qu'elle en paraît 65 environ. »

La malade est désorientée dans le temps et dans l'espace. Elle donne des renseignements sur sa famille qu'elle contredit deux minutes après. Inconscience de sa situation.

Pas de troubles psycho-sensoriels ni d'idées délirantes. Elle dit avoir 40 ans, être née à Paris alors qu'elle a 77 ans et est née à Namur. Ses enfants auraient 6 et 7 ans alors qu'ils sont mariés. Ce matin, elle a soi-disant préparé le déjeuner alors qu'elle était à l'infirmierie. Chez elle, la fabulation est très pauvre à cause du degré avancé de la démence. Elle reconnaît dans l'auditoire quatre personnes. Ses parents nous disent qu'il y a trois ans, en rentrant chez elle, elle raconta une histoire qui

fut reconnue entièrement fausse ; c'est à partir de ce moment que la malade commença à perdre la mémoire surtout des faits présents : ne se souvenant pas qu'elle venait de manger.

À l'heure actuelle, la mémoire d'évocation est aussi atteinte que celle de fixation. Au point de vue physique : les pupilles sont égales et régulières, leurs réflexes normaux. Les réflexes tendineux sont normaux. Pas de signes de polynévrite.

OBSERVATION IV

CHARTIER (*Encéphale*, 1909, t. IV, page 499.)

M^{me} L..., 63 ans, de santé robuste, n'a, dans sa famille, aucun antécédent psychopathique, ni alcoolique.

À 43 ans, après la mort de son mari, elle éprouve un grand chagrin et se trouve dans un isolement complet ; c'est alors qu'elle contracte des habitudes alcooliques. Elle, si sobre jusque-là, se met à boire et, progressivement, elle arrive à absorber, par jour, jusqu'à deux litres de whisky additionné de soda ou de ginger ale.

Pendant 5 ou 6 ans, alors qu'elle ne dépassait pas un litre de whisky, sa santé physique resta satisfaisante ; mais depuis 4 ans, survinrent peu à peu de l'inappétence, de l'amaigrissement, des troubles digestifs, des insomnies. Ce n'est guère qu'au bout de 8 ans que son état mental se transforma d'une façon apparente. Depuis un an, ses facultés, autrefois très vives, s'altèrent légèrement ; son affectivité diminue vis-à-vis de ses enfants ; et sa tendresse se localise sur un de ses petits-enfants, qu'elle aime encore passionnément. Elle a, depuis la même époque, des nuits agitées, des cauchemars zoopsiques, et se réveille en poussant des cris.

À partir de juillet 1908, elle éprouve une difficulté croissante de la marche, puis une maladresse et une faiblesse progressives des membres supérieurs. Son état général s'altère profondément et, en septembre, ses enfants la font entrer au sanatorium de Boulogne-sur-Seine. Examinée le 15 septembre, elle présente des phénomènes généraux et viscéraux graves.

Les membres supérieurs et inférieurs présentent des symptômes accusés de polynévrite.

Membres inférieurs. — M^{me} L... peut à peine se tenir debout et il la faut soutenir fortement. Actuellement, la marche est complètement impossible, jusque-là la malade steppait nettement. Les mouvements segmentaires sont abolis aux extrémités

des deux membres : les sciatiques sont pris en totalité ; les cruraux sont moins touchés. La pression des masses musculaires et des troncs nerveux, l'élongation de ceux-ci provoquent des douleurs vives qui arrachent des cris à la malade. La sensibilité objective paraît peu diminuée. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis.

L'atrophie s'efface actuellement sous l'œdème ; avec sa disparition, elle apparaîtra très accusée sur la masse antéro-externe des jambes.

Aux *membres supérieurs*, mêmes douleurs des masses musculaires et des troncs nerveux. Abolition des réflexes du poignet et du coude. Grande diminution de la force musculaire dans les extrémités. Incoordination dans les mouvements s'ajoutant au tremblement menu des doigts. Atrophie marquée des espaces interosseux et de l'éminence thénar, et des muscles de l'avant-bras.

La malade perd facilement ses urines, avant même l'apparition des troubles mentaux. Plus tard, elle laissera échapper ses matières, encore par faiblesse évidente du sphincter. Le réflexe sphinctérien est alors aboli. Il est impossible de rechercher les réflexes abdominaux.

Il n'existe pas de troubles sensoriels manifestes, et, en particulier, pas de scotome central.

Lors de son entrée, M^{me} L... se présente donc comme atteinte d'une cirrhose hypertrophique alcoolique, avec troubles graves d'insuffisance hépatique et dilatation cardiaque. Depuis deux mois, polynévrite grave ayant touché presque simultanément les nerfs des quatre membres, et intéressant légèrement les nerfs des sphincters.

Remarquons que jusqu'alors, cette malade n'a présenté aucun trouble mental autre que de l'agitation nocturne, un léger affaiblissement de ses facultés intellectuelles, et de certaines modifications de l'affectivité et de l'humeur. En particulier, sa mémoire est restée, jusqu'à présent, parfaitement conservée.

A partir du 15 septembre, elle est soumise au régime lacté absolu, et on entreprend son sevrage d'une façon progressive, mais rapide. Au bout d'une semaine, elle ne prend plus d'alcool, et ce sevrage s'est accompli sans accidents généraux, sans agitation grave. En peu de jours, les urines deviennent plus abondantes, avec des décharges phosphatiques et uratiques ; les œdèmes disparaissent ; l'ascite diminue ; les phénomènes de dilatation du cœur droit s'amendent et le foie commence à diminuer légèrement de volume. Pendant les mois suivants, l'état

général s'améliore peu à peu, et M^{me} L... engraisse de 5 kilogrammes ; mais le foie reste très volumineux et les signes d'insuffisance hépatique persistent.

Le 19 septembre, au quatrième jour du sevrage progressif, commence un état de confusion mentale qui est à son acmé vers le huitième jour, avec une certaine agitation motrice et parlée, et des hallucinations fréquentes, auditives et visuelles.

Le 25 septembre, son état mental entre dans une période d'état qui persiste sans changement jusqu'au premier novembre.

Désorientation complète dans le temps et dans l'espace avec persistance de la conscience de sa personnalité.

Amnésie antérograde complète à partir du 16 septembre environ (elle se rappelle encore son entrée au sanatorium) contrastant avec la conservation relativement bonne des souvenirs antérieurs à cette date.

Pseudo-réminiscences nombreuses. Tendance marquée à la confabulation ; elle invente, au sujet de la période de sa vie qui s'écoule depuis son entrée, une série de romans variés, sans systématisation, et souvent un peu puérils.

Par moments, elle est en proie à une certaine agitation motrice qui augmente avec l'amélioration des phénomènes paralytiques ; et à une verbigération violente, parfois grossière, parfois puérile, avec alternatives de larmes et de rires.

Les hallucinations sont nombreuses, la nuit surtout, les insomnies sont fréquentes ; le sommeil est entrecoupé de cauchemars et elle se réveille en poussant des cris. Hallucinations visuelles et auditives, de nature diverse : la nuit, zoopsiques et terrorisantes ; le jour, elles sont surtout auditives et elle les interprète suivant une tendance délirante qui se systématise progressivement ; elle croit entendre le petit-fils qu'elle aime tant et l'appelle à son tour. Parfois même, elle vit avec lui pendant de longs instants, dans un état de délire onirique parfaitement systématisé, tantôt à tendance gaie et puérile, tantôt à tendance triste avec quelques idées de persécution vagues et passagères.

Après le 1^{er} novembre, les troubles mentaux changent peu à peu de physionomie. L'amnésie remonte progressivement les phases de son existence.

Elle arrive à ne plus se rappeler ni son âge, ni la date de la mort de son mari, ni même celle de son mariage. Elle oublie son nom et perd de plus en plus conscience de sa personnalité. Elle ne sait plus combien elle a d'enfants, toutefois elle les reconnaît lorsqu'elle les voit. Les hallucinations sont moins fréquentes ; la tendance à la confabulation diminue ; ses idées déli-

rantes, systématisées sur son petit-fils perdent de leur richesse et deviennent de plus en plus puérides.

En somme, on assiste au passage à la chronicité de cet état de confusion mentale amnésique et à un affaiblissement progressif de la sphère psychique caractérisé par l'appauvrissement des idées délirantes, le puérilisme mental, l'inattention, et se rapprochant par certains caractères (égoïsme, irascibilité, alternatives de larmes et de rires) de l'état de démence sénile.

Depuis son entrée, les symptômes de polynévrites se sont progressivement améliorés. Au 1^{er} novembre, les troubles de sensibilité subjective ont totalement disparu ; la malade marche sans aide, surtout en steppant et peut se servir de ses membres supérieurs dont l'incoordination a d'ailleurs cessé. Les réflexes sont toujours absents, et l'atrophie des masses musculaires des mains et des jambes est toujours très visible. L'état général est considérablement amendé.

Le 10 décembre, avec un état grippal, apparaît un foyer broncho-pneumonique, qui s'atténue au bout de quelques jours ; le 18 décembre, nouveau foyer plus étendu, et mort le 23 décembre.

OBSERVATION

KRÆPELIN (*Lehrbuch der Psychiatrie*. Traduction française par Devaux et Merklen. Paris, 1907, 8°, p. 290).

Il s'agit d'une femme âgée de 72 ans qui a toujours été saine de corps et d'esprit ; mariée à 30 ans, elle eut quatre enfants dont deux sont encore vivants. A la mort de son mari, qui succomba au bout de 7 ans de mariage, cette femme eut de grands soucis ; un changement énorme s'opéra en elle il y a un an ; mais depuis longtemps, elle se plaignait de céphalées et d'étourdissements ; puis elle devint oublieuse ; ne retrouvait plus sa maison, ne savait plus si elle avait déjà déjeuné, parlait beaucoup de ses parents, morts depuis longtemps, comme s'ils vivaient encore, confondait les noms de ses connaissances, ignorait la date du jour, prenait, par exemple, sa fille pour sa sœur ; enfin elle devint inquiète et se montrait excitable, coléreuse et méfiante, refusant de se coucher, s'occupant de tout et se levant bien avant le jour pour aller se promener sans but, à l'aventure. Son alimentation était des plus irrégulières.

Au point de vue physique, cette femme est petite, voûtée, ridée ; elle a des cheveux blancs, assez abondants, son état gé-

néral est très médiocre. Comme troubles somatiques, elle présente un tremblement des mains assez net et quelques intermit- tences cardiaques, de la désorientation dans l'espace et dans le temps et des troubles de la mémoire : toutes les personnes pré- sentes lui sont connues et elle regrette que son manque de mé- moire l'empêche de les désigner ; « je ne suis pas capable de me mêler de cela », dit-elle.

C'est surtout lorsqu'il s'agit de faits d'ordre chronologique qu'elle se laisse aller à des stupidités, comme lorsqu'elle dit que sa fille est de deux ans plus jeune qu'elle. Parfois elle a conservé une intégrité relative du jugement, et comprend très bien cer- taines plaisanteries contradictoires auxquelles elle répond avec bonne humeur : « les cerises sont bien vertes, dit-elle, quand elles ne sont pas mûres ; mais ensuite elles deviennent rouges. » Ou bien : « Nous ne serons pas encore d'accord », dit-elle, lorsqu'on lui affirme qu'un voleur est un honnête homme ; et si on lui dit qu'elle est une voleuse, elle reprend, prête à la riposte : « Ça jamais ; mais je suis toute disposée à me laisser voler mon rhume. »

Ce qui est encore frappant chez elle, c'est la rapidité avec laquelle disparaissent les diverses représentations mentales que l'on provoque. En quelques minutes, souvent même instantané- ment, elle oublie ce qui s'est passé ; et pour suppléer aux sou- venirs disparus, elle bâtit des histoires invraisemblables. Elle a elle-même la sensation de la mobilité de ses représentations : « Je ne sais pas ; on ne peut plus se retrouver dans tout son intérieur. »

Quoique d'humeur toujours égale, la malade a, de temps à autre, des accès de colère ; mais elle est volontiers gaie et aime la plaisanterie. Parfois elle manifeste une réelle agitation, de- vient grossière, et son sommeil est très troublé par cette exci- tation.

Mort trois ans plus tard dans la démence et l'apathie.

OBSERVATION

BENON (*Thèse de doct.*, Paris, 1904-5, 8°, n° 485, obs. XII).

Il s'agit d'une femme âgée de 74 ans, qui entre à l'Asile de Maison-Blanche, le 10 avril 1905 ; elle vient de Villers-Cotterets et elle est admise sur un certificat du D^r Magnan dont la teneur est : affaiblissement des facultés mentales avec hallucinations et idées de persécution ; turbulence ; insomnie ; faiblesse muscu-

laire plus accusée à gauche ; tremblement du bras droit ; dureté de l'ouïe. »

La malade fournit elle-même sur ses antécédents héréditaires et personnels des renseignements qui ne sont pas dépourvus de toute valeur ; car si elle présente une amnésie antérograde totale, elle n'a qu'une amnésie rétrograde partielle, sauf pour les dates qu'elle a complètement oubliées.

Il ne semble pas y avoir eu d'antécédents nerveux ni de troubles mentaux dans la famille. Comme antécédents personnels, elle était fort chétive dans sa jeunesse et ce n'est que difficilement qu'on réussit à l'élever. Réglée à 16 ans.

Elle raconte avec de nombreux détails, qui semblent précis, tous les événements de sa vie qui se sont déroulés de 1854 à 1864 environ, c'est-à-dire lorsqu'elle avait de 23 à 33 ans. Entre temps, elle aurait épousé un terrassier, buveur et débauché qu'elle abandonna parce qu'il la maltraitait ; elle avait alors 29 ans.

Cette conservation et cette reproduction des souvenirs ci-dessus relatés, contraste avec la disparition de tous les événements qui se sont passés depuis 1864. Elle ne peut plus rien dire à ce sujet ; elle ignore le lieu où elle se trouve, le jour, le mois, l'année. Cette désorientation dans le temps et dans l'espace, ainsi que l'amnésie antérograde, s'accompagne d'une perte parallèle de l'attention ; celle-ci ne se fixe que sur des faits antérieurs et à propos des idées de persécution et des hallucinations auditives qui la poursuivent ; les personnes qui sont autour d'elle lui en veulent et lui disent des injures ou portent contre elle des accusations.

La malade présente parfois des illusions ; et à cause des insultes et des accusations dont elle se croit victime, elle crie, elle parle aussi la nuit que le jour et elle s'agite.

A l'examen physique, hémiparésie gauche ; pas d'asymétrie faciale ni déviation de la langue à gauche. Exagération des réflexes rotuliens. Pas de clonus. Abolition des réflexes plantaires. Sensibilité objective identique des deux côtés : douleurs vagues dans le bras gauche. Tremblements légers du bras droit pendant le repos ; ces tremblements disparaissent dans les mouvements. Artères rigides. Rien d'anormal dans les urines. Pas de gâtisme.

OBSERVATION

DUPRÉ et CHARPENTIER (*Encéphale*, 1908, vol. III, p. 290).

M^{me} O..., 53 ans, est envoyée à l'Infirmierie spéciale, le 19 dé-

cembre 1907. Un certificat médical constate que la malade « présente des troubles de la mémoire et est incapable de se conduire et de se gouverner ».

M^{me} O..., égare tous les objets qui lui sont indispensables : clefs, porte-monnaie, etc. Elle se perd dans les rues. Sa tenue est très négligée, malpropre. Elle est incapable de faire quoi que ce soit. Ses actes sont incohérents, déraisonnables.

Les nuits sont mauvaises, la malade a des cauchemars. Le jour, elle est triste et déprimée, mange peu et elle a même pensé à s'étrangler avec un mouchoir.

A l'examen : désorientation absolue dans le temps et dans l'espace.

M^{me} O... a conscience de sa situation. Elle obéit rapidement et exactement aux ordres qu'on lui donne. Elle s'inquiète des siens et particulièrement de sa fille, actuellement souffrante. Ni troubles psycho-sensoriels ni idées délirantes.

L'état de la malade, internée à Sainte-Anne, ne se modifie pas les jours suivants. Elle n'est ni agitée, ni hypocondriaque, ni déprimée, ni mélancolique, ni persécutée, ni ambitieuse. Elle s'occupe à de menus travaux ne nécessitant aucune initiative, mais cela sous la direction d'une surveillante, car elle est incapable de faire spontanément œuvre utile. Troubles de la mémoire, manque presque absolu de la mémoire de fixation, diminution de la mémoire d'évocation.

Etat physique. — Bonne constitution. Il n'existe ni hémiplégie, ni monoplégie ; la force musculaire est normale et égale des deux côtés aux membres supérieurs et inférieurs. Aucune atrophie musculaire. Bon équilibre, démarche normale.

Les réflexes tendineux, normaux aux membres supérieurs, sont presque totalement absents aux membres inférieurs, à droite et à gauche.

C). — **Désorientation.** — Les troubles pathognomiques de la mémoire que nous venons d'exposer, et en particulier l'amnésie de fixation, ont pour conséquence une désorientation plus ou moins complète. Comme tous les liens de réunion manquent, il est impossible aux malades de placer les quelques souvenirs qu'ils ont pu conserver, dans leur cadre et de les situer convenablement dans le temps et dans l'espace.

La *désorientation dans le temps* est parfois très profonde et peut se manifester par des erreurs chronologiques invraisemblables. Les presbyophréniques ignorent fréquemment leur âge, la date de leur naissance ; si on leur demande leur âge, les malades font les réponses les plus invraisemblables et les plus contradictoires ; une femme de 70 ans, observée par Fischer, répondait qu'elle avait 22 ans et que son père en avait 25. D'autres malades ignorent complètement la date du décès de leurs maris ou de leurs enfants : d'autres parlent de leurs enfants, mariés et pères de famille, comme s'ils étaient toujours de petits bébés ; certaines femmes parlent de se remarier, alors que, quelques instants auparavant, elles viennent de parler de leurs maris qu'elles croient morts depuis longtemps et qui viennent de leur rendre visite ; d'autres fois, la désorientation dans le temps est peu accentuée, et elle se traduit seulement par l'oubli du millésime de l'année en cours, du mois ou du quantième. Parfois encore, les femmes oublient qu'elles sont mariées ou veuves, et donnent leur nom de jeune fille ; ou bien oublient qu'elles ont des enfants et ne savent plus leur nombre.

La *désorientation dans l'espace* donne lieu à des remarques analogues ; les malades ne savent pas depuis combien de temps ils sont à l'asile ; lorsqu'on le leur demande, ils commettent des erreurs formidables, et souvent ils ignorent qu'ils sont dans un asile. Des individus, internés depuis 10 ans et plus, disent être arrivés le matin même, la veille ou la semaine précédente. Quelquefois le sujet affirme qu'il est chez lui ; et quelques instants plus tard il déclare être chez des amis, dans telle rue, à tel numéro, etc. Enfin, les malades sont souvent incapables de dire dans quelle ville ils habitent, et ils croient, par exemple, habiter leur pays d'origine, parfois situé à l'autre extrémité de la France.

D). — **Fabulation.** — L'état de désorientation souvent

considérable, que l'on rencontre chez les presbyophréniques, constitue, avec l'amnésie de fixation, un terrain particulièrement favorable au développement de la fabulation; et dans tous les cas, l'association de la fabulation à l'amnésie de fixation imprime au tableau morbide une allure particulière et très caractéristique.

« Voici un sujet assez présent pour entendre les questions qu'on lui pose et pour y répondre, dit M. DUPRÉ (1); mais cette présence est toute partielle et momentanée; il y a rupture, dans la conscience, entre l'instant actuel et les moments précédents. Interrogeons le malade sur ce qu'il vient de faire ou sur ce qu'il a fait le matin même ou la veille; il peut répondre négativement et alléguer qu'il ne se souvient de rien; mais, s'il donne une réponse positive, elle sera imaginée, et le plus souvent inexacte; quand on l'interroge sur les événements récents, il doit se récuser ou fabuler. »

La confabulation est quelquefois *spontanée*, c'est-à-dire que les malades font leurs récits fictifs sans y être invités; mais, le plus souvent, elle est *provoquée*, et le malade a besoin qu'on lui pose des questions pour donner libre cours à son flux de paroles. Chaque demande adressée par l'interlocuteur est l'occasion, pour lui, de fournir de nouveaux détails; tout d'abord, il les donne sans hésitation, sans paraître chercher; les mots se présentent tout naturellement à son esprit et le récit qu'il a imaginé semble être très plausible; l'apparente vraisemblance de chacun des récits envisagés isolément, la parfaite aisance avec laquelle ils sont relatés sont susceptibles d'induire en erreur un observateur non prévenu; mais très fréquemment, on voit que le presbyophrénique oublie très vite ce qu'il vient de dire et, sans

(1) DUPRÉ. Amnésie antérograde continue, topo-agnosie et troubles de la psycho-réflexivité émotive, consécutifs à un choc moral. (*Rev. Neurol.*, Paris, 15 mai 1903.)

s'en douter, il raconte des histoires toutes différentes. D'ordinaire, ce ne sont que des récits fictifs, mais quelquefois, les troubles amnésiques ne sont pas complets : il reste en mémoire, pendant un certain temps, quelques faits isolés qui ont vivement impressionné le malade et qui deviennent le point de départ des histoires qu'il raconte et qu'il transforme toujours en fabulation.

En résumé, la fabulation est toujours en rapport avec les troubles psychiques, mais elle ne leur est pas directement proportionnelle : elle sera d'autant plus riche que l'amnésie est moins complète (HAMEL); suivant RÉGIS, elle se rapproche beaucoup de « ces récits imaginaires qui ne sont, très souvent, que le récit vrai de scènes oniriques vécues par les malades »; elle se distingue, toutefois, du délire, en ce que celui-ci revêt un caractère d'absurdité qu'on ne rencontre pas, ordinairement dans la confabulation.

D'après MM. DEVAUX et LOGRE (1), la confabulation est susceptible de revêtir diverses modalités cliniques qui peuvent, d'ailleurs, être plus ou moins associées entre elles; et tout d'abord, elles établissent une comparaison entre l'état morbide du presbyophrénique et deux autres états très voisins : l'état de *rêve* et l'état de *rêverie*.

1° FABULATION COMPLÉMENTAIRE. — M. DUPRÉ désigne sous ce nom, la fabulation de remplissage et de suppléance dans laquelle l'activité de l'imagination vient suppléer aux défaillances de la mémoire et aux illusions de fausses reconnaissances; « cette fabulation complémentaire est directement proportionnelle à l'activité mythique du sujet ».

2° FABULATION POST-ONIRIQUE. — Dans certains cas, le presbyophrénique, qui est sujet à de fréquents accès de somnolence, reproduit, à son réveil, les différents épisodes de son rêve en les complétant et en les arrangeant. Cette

(1) DEVAUX et LOGRE. Amnésie et Fabulation. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 1, 1911.

forme reproduit les souvenirs plus ou moins exacts de la vie réelle, et portant surtout sur des faits relatifs à la profession du malade ; souvent elle revêt un caractère mouvementé, fantastique, terrifiant, et relève toujours d'un trouble plus ou moins isolé de la mémoire.

3° FABULATION PARAMNÉSIQUE. — Chez les malades atteints d'amnésie de fixation, il n'est pas rare de voir la fabulation emprunter son thème favori aux souvenirs anciens, qui sont assez bien conservés, ainsi que nous l'avons vu déjà. Grâce à cette conservation relative et à l'exaltation de la mémoire des faits anciens, et surtout des plus habituels, de ceux qui intéressent la vie courante du malade, celui-ci peut donner libre cours à son imagination ; il met en jeu toutes les facultés qui lui restent encore plus ou moins intactes, pour se remémorer tous les épisodes de sa jeunesse ; l'amnésie de fixation est telle que les faits récents sont, pour ainsi dire, submergés par les souvenirs anciens ; aussi la confabulation dispose-t-elle surtout de matériaux psychiques d'ordre *paramnésique* (DEVAUX et LOGRE) ; le passé est la préoccupation unique et constante du malade ; il vit, parmi ses contemporains, d'une vie en quelque sorte extériorisée ; souvent même les souvenirs ne portent que sur une période déterminée de son existence, ordinairement la jeunesse ; et ainsi s'explique ce fait que les femmes âgées, par exemple, se croient encore jeunes filles ou qu'elles s'imaginent avoir 25 ans alors qu'elles en ont, en réalité, 70. Dans certains cas, la fabulation porte surtout sur l'enfance du malade, et on lui donne alors le nom de *fabulation ecmnésique* (DUPRÉ).

En général, la fabulation à forme paramnésique comporte fréquemment un maximum de troubles du souvenir ; comme l'imagination se borne uniquement à combler les lacunes de la mémoire, il s'agit ordinairement d'événements simples,

presque toujours relatifs aux occupations professionnelles, et souvent, ce ne sont que des conceptions imaginaires plutôt pauvres et niaises (DEVAUX et LOGRE). Parfois même, il est très difficile d'établir une différence entre le souvenir qui est toujours plus ou moins exact et la confabulation proprement dite.

4° FABULATION MYTHOPATHIQUE. — Mais la fabulation est parfois d'une richesse beaucoup plus grande; le malade a toujours quelque bonne histoire à raconter; il improvise et parle d'abondance : c'est la *fabulation mythopathique constitutionnelle*. D'après DEVAUX et LOGRE, cette forme se rencontrerait dans nombre de cas; l'activité fabulante du sujet serait liée à des antécédents mythopathiques incontestables et elle se manifesterait suivant les gradations les plus diverses.

Enfin il est un fait qu'il ne faut pas laisser sous silence : c'est la *croissance*, presque constante, du malade à sa propre confabulation; et cette crédulité est souvent portée au suprême degré. Le presbyophrénique affirme l'exactitude des récits qu'il avance et il se fâche lorsqu'on les conteste; il tend à objectiver et à réaliser ses associations d'idées; et ce fait indique une diminution du contrôle intellectuel.

OBSERVATION

NOUËT et HALBERSTADT (*L'Encéphale*, IV, 1909, p. 335).

Il s'agit d'une femme O..., âgée de 55 ans, entrée à l'asile, le 29 octobre 1907. N'a pu fournir aucun renseignement précis sur ses antécédents personnels et héréditaires. A l'examen, affaiblissement intellectuel excessif, tendance à inventer des récits pour répondre aux questions qui lui sont posées. Etat physique normal, cependant O... paraît plus vieille que son âge. Ses artères sont très athéromateuses, et la malade a eu, dans le courant de 1908, deux légères syncopes, attribuables à l'artériosclérose. Aucun trouble moteur ni sensitif. Les fonctions res-

piratoires et digestives s'accomplissent normalement, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine ; la menstruation a cessé depuis plusieurs années.

L'état mental est dominé par l'existence des deux symptômes suivants : désorientation et tendance à forger des récits imaginaires. O... ignore exactement son âge ainsi que l'époque à laquelle nous vivons, elle ne se rend pas un compte exact de l'endroit où elle se trouve. La mémoire pour les faits anciens est remarquablement conservée ; au contraire, la mémoire dite de fixation paraît abolie et il est manifeste que la malade ne fait plus d'acquisitions nouvelles et qu'elle ne peut retenir que pendant un temps minime les faits nouveaux qu'on lui communique. Le jugement étant relativement peu troublé, il suffit que les éléments à l'aide desquels elle doit le constituer, aient été acquis de longue date, pour que le raisonnement se fasse d'une manière correcte et donne des résultats conformes à la réalité. Comme toute bonne ménagère, O... connaît les prix des choses usuelles et proteste vivement lorsqu'on dit sur ce point, devant elle, des choses absurdes. La phrase proposée par Krapelin : « La neige est noire » est aussitôt rectifiée.

Les fautes de calcul que fait O... sont très peu importantes, surtout eu égard à l'instruction rudimentaire qu'elle a reçue. Elle se rappelle assez bien la table de multiplication et résout, sans trop de difficultés, de petits problèmes qu'on lui propose.

O... n'a ni idées délirantes, ni hallucinations. Elle n'est pas impulsive, est généralement calme, d'une humeur égale, mais facilement émotive. La lecture et l'écriture se font d'une façon normale. L'activité intellectuelle est très médiocre ; la malade ne demande pas à travailler et du reste les forces physiques semblent décliner depuis quelque temps.

Elle parle volontiers avec son entourage et avec les médecins et se prête facilement aux interrogatoires répétés qu'on lui fait subir.

OBSERVATION XXVII

BRISOT et HAMEL (*Bull. de la Soc. Cliniq. de Méd. Ment.* Paris, n° 7, juillet 1910).

Marguerite M..., 77 ans, est entrée à l'asile de Villejuif, le 12 février 1910, dans le service du Dr Briand qui diagnostiqua la démence sénile.

Antécédents héréditaires : Son père était un alcoolique avéré.

Antécédents personnels : A eu une sciatique, il y a une dizaine d'années qui l'immobilisa pendant de longs mois ; elle aurait également présenté, vers cette époque, une certaine paralysie d'un membre supérieur. Il y a quelques mois, la malade se perdit dans la campagne et fut quelques jours sans paraître au domicile de sa fille, chez laquelle elle habitait : cette fugue inquiéta sa famille, d'autant plus que, depuis 2 ou 3 ans, Marguerite manifestait des troubles de plus en plus accusés de la mémoire et de la conscience. M^{me} M... fut internée quelque temps après.

A l'examen : troubles mentaux pathognomoniques d'une affection décrite par Wernicke et Kahlbaum, sous le nom de presbyophrénie. Quatre symptômes dominant, ce sont :

1° *L'amnésie d'acquisition*. — L'amnésie est très accusée ; elle porte sur les faits récents et actuels. La malade est incapable de retenir quoi que ce soit. Elle oublie la visite qui lui a été faite par sa famille, quelques heures auparavant. Elle ne se souvient plus l'après-midi de ce qu'elle a fait le matin.

2° *La désorientation dans le temps et dans l'espace*. — Marguerite ignore son âge, la date de sa naissance, le millésime de l'année en cours et commet à ce propos des erreurs formidables. La malade est persuadée qu'elle habite la Nièvre, son pays d'origine et qu'elle est domestique dans une ferme dont M. D... est propriétaire. Les troubles de la mémoire et de la conscience entraînent des troubles considérables du jugement : c'est ainsi que Marguerite se déclare âgée de 35 ans, prétend être née en 1900, avoir fait sa première communion il y a quelques années seulement et n'être mariée que depuis 7 ou 8 ans. Elle confond ses enfants avec ses frères et sœurs et affirme que son mari vit encore alors qu'il est décédé depuis longtemps.

3° *La fabulation*. — La malade supplée à son absence de souvenirs par une fabulation dont elle puise les éléments dans sa vie quotidienne qu'elle interprète, d'ailleurs, à sa manière. Les récits imaginaires, qu'elle forge ainsi dénotent, chez leur auteur, un niveau intellectuel analogue à celui que l'on rencontre d'ordinaire chez les paysannes habituées à la vie rustique des champs.

4° *Fausse reconnaissance*. — Les illusions de la vue sont peut-être le trait dominant du tableau clinique. Marguerite a reconnu, dans une nonagénaire alitée, son frère Lazare, mort depuis longtemps déjà, et elle soigne ce prétendu frère avec un dévouement sans égal. Lorsque ce dernier reçoit une visite du dehors, notre malade se montre très aimable et très affable en-

vers les visiteurs, auxquels elle fait les honneurs de la maison et qu'elle accompagne ensuite jusqu'à la porte du quartier, en les remerciant beaucoup de s'être dérangés pour son parent.

Au milieu de tout ce désordre mental, la malade conserve ce qu'il est coutume d'appeler le « gros bon sens ». Elle n'est jamais embarrassée lorsqu'on lui pose une question et si elle ne peut y répondre, elle la tourne toujours d'une façon amusante. Le sens moral est indemne ; Marguerite se révolte si on la traite de voleuse et trouve que c'est très mal de voler.

M^{me} M... reconnaît les pièces de monnaie, indique leur valeur, sans se tromper, d'une façon précise.

La malade n'a ni idées délirantes, ni hallucinations ; son humeur est égale ; elle présente cet aspect aimable et avenant, cet état d'euphorie calme qui a été décrit chez les presbyophréniques. Elle se prête volontiers aux interrogatoires répétés qu'on lui fait subir.

Marguerite ne sait ni lire ni écrire, encore moins calculer, car elle n'a jamais appris. Elle porte allègrement ses 77 ans et n'est point gâteuse.

Les troubles intellectuels que nous venons d'énumérer et d'analyser se rencontrent d'ordinaire dans la presbyophrénie. En outre, M^{me} M... a une amnésie rétrograde qui ne le cède en rien à l'amnésie antérograde, un raisonnement enfantin, des facultés syllogistiques très diminuées et une perte à peu près complète de l'affectivité. Le jugement est puéril, le gros bon sens même peut être pris en défaut, d'où cette conclusion que chez M... la tendance démentielle paraît beaucoup plus marquée que chez les presbyophréniques.

Examen somatique donne les résultats suivants : Femme petite, alerte, très droite malgré son grand âge qu'elle est loin d'accuser au physique. Canitie, rides frontales ; crasse des vieillards à la figure. Absence presque complète de dents aux maxillaires. Pas de paralysie, ni de parésie des membres supérieurs ou inférieurs. Démarche correcte. Pas de douleur à la pression des masses musculaires des jambes ou des bras. Pas de troubles de la sensibilité. Le tremblement sénile des mains et des doigts est à peine perceptible.

Réflexes patellaires : normal à droite, un peu exagéré à gauche.

Réaction pupillaire faible à la lumière et à l'accommodation. Gérontoxon bilatéral. Babinski négatif.

Artères athéromateuses ; pouls fort, assez tendu — 20 au sphigmomanomètre.

OBSERVATION III

MONKEMÖLLER (*Allgem. Zeitschr. f. Psychiat.*, 1898, LIV, obs. 19).

Il s'agit d'un homme, âgé de 66 ans, tapissier, qui, jusqu'en août 1896, n'a jamais rien présenté d'anormal ; alcoolisme. En août 1896, il présente des troubles de la motilité avec hypoes-thésie et abolition des réflexes rotuliens. Puis, désorientation complète dans le temps et dans l'espace ; fabulation au cours de laquelle il raconte les choses les plus invraisemblables. Il présente, en outre, un certain degré d'euphorie ; fausses reconnaissances ; à côté de cela, il reconnaît certaines choses, notamment les dates des diverses fêtes chrétiennes et il explique ce que signifient les mots charité, reconnaissance, etc.

En mars 1897, l'état du malade était resté stationnaire.

OBSERVATION XXVIII

HALBERSTADT (*Progrès Médical*, 6 août 1910, page 438).

M^{me} V..., veuve H..., âgée de 75 ans, entre à l'asile de Saint-Venant, le 2 juillet 1908. Aucun antécédent héréditaire. Comme antécédent personnel, mentionnons le zona dont la malade fut atteinte en 1896.

Le début de l'affection actuelle remonte à la première moitié de 1907, époque à laquelle V... perdit, en peu de temps, son mari et ses trois enfants, et commença bientôt après à présenter des troubles graves de la mémoire. Concurrément avec les troubles psychiques, apparurent des symptômes physiques caractérisés par des vertiges et des troubles de la marche. Ces vertiges ont amené une fois une chute sur le sol, mais jamais il n'y a eu de perte de connaissance. La difficulté de marcher était due à une faiblesse des membres inférieurs. Ces signes ont duré environ trois mois. Signalons que V... exerçait, au moment de tomber malade, la profession de cabaretière, mais rien ne permet de rattacher ces troubles moteurs et ces vertiges à l'éthylisme. A cette époque, la malade a gardé le lit pendant assez longtemps.

L'affection mentale ne s'amendant pas et les soins à domicile étant devenus impossibles, V... est internée. Depuis son entrée dans le service (juillet 1908) jusqu'en mai 1910, le tableau morbide est resté sensiblement le même.

V... est assez robuste pour son âge, elle ne présente aucun signe physique, sauf un degré assez accentué d'artériosclérose. Les réflexes patellaires sont normaux, les troubles moteurs et sensitifs sont nuls, il y a une faiblesse de la vue, mais qui n'est pas d'origine nerveuse. Il n'y a que des troubles psychiques, ressortissant à la presbyophrénie et que nous passerons rapidement en revue.

1° *Amnésie d'acquisition*. — Sa mémoire est absolument incapable de fixer quoi que ce soit. Ignorant tout de sa situation, elle est dans l'incapacité de se rappeler ce que l'on vient de lui dire. Elle ne sait pas que son mari et ses enfants sont morts et si on le lui dit, elle l'oublie aussitôt. Il en est de même pour les renseignements qu'on lui donne sur son âge, sa situation actuelle, etc. Il ne subsiste, chez elle, aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis quelques années.

2° *Désorientation totale*, affectant le temps et le lieu. Se croit âgée tantôt de 72 ans, tantôt de 86. Ses convictions varient d'un moment à l'autre. Au moment du repas, se croit dans une brasserie, pendant la visite, voyant le médecin interroger les malades, s' imagine être en classe. Elle ignore le jour, le mois et l'année courante ; elle serait incapable de les retenir.

3° *Confabulation*. — La malade forge des récits imaginaires pour combler les immenses lacunes de sa mémoire ; elle répond toujours sans hésiter aux questions posées. Interrogée sur ses enfants (qui, tous les trois, sont morts), elle répond qu'elle en a cinq, tous vivants et que l'aîné est un gendarme retraité âgé actuellement de 67 ans, qu'elle connaît très bien leurs noms et qu'elle peut les dire. Notons qu'il ne s'agit pas d'idées délirantes. Invitée à répondre à des questions, la malade supplée à l'exposé de la vérité par un récit inventé de toutes pièces, mais variable d'un moment à l'autre, ne se basant sur aucune hallucination, n'ayant pas davantage pour base l'interprétation délirante de la réalité.

A côté de ces troubles amnésiques si saillants, il est curieux de constater que les acquisitions anciennes persistent assez bien et que le jugement est peu troublé. Elle possède une instruction propre à sa situation sociale, connaît le prix des objets usuels, calcule sans trop de fautes et assez vite. Pourvu qu'il ne s'agisse pas de faits récents, elle rectifie immédiatement les propositions absurdes qu'on émet devant elle. La sensibilité morale n'est nullement atteinte ; elle est sensible à une parole offensante et se tient d'une manière parfaitement décente. N'a jamais eu de périodes d'agitation ; son sommeil est parfaitement calme et ré-

gulier. V... est quelquefois triste, elle pleure à cause du déclin de ses facultés intellectuelles, dont elle a vaguement conscience.

OBSERVATION PERSONNELLE

M^{me} L..., âgée de 84 ans, placée dans un hôpital-hospice, ne peut y rester, se mettant dans des colères furieuses tous les soirs et voulant absolument retourner chez elle. Elle entre à la maison de santé avec le certificat suivant :

« Elle paraît de bonne santé générale ; mais elle présente des troubles mentaux évidents de démence sénile, caractérisés principalement par la perte du souvenir des faits les plus récents de sa vie et la conservation des faits anciens, par des hallucinations parfois indifférentes et même agréables, et aussi souvent effrayantes. Celles-ci provoquent alors de sa part des impulsions défensives qui la rendent bruyante, agressive, dangereuse pour son entourage, et vraisemblablement pour elle-même. »

M^{me} L... croit que son mari, décédé depuis 20 ans, habite auprès d'elle ; elle veut aller le rejoindre, l'appelle, s'irrite et entre à ce sujet dans de violentes colères croyant qu'on le lui cache.

A notre vue, elle nous prend pour son fils. Les malades, avec qui elle mange, sont ses filles ; elle les sermonne comme de petits enfants et ne voit pas du tout qu'elle a affaire à des aliénées. D'ailleurs, elle ne se rend pas compte qu'elle est dans une maison de santé et croit être chez elle, à Constantine, alors qu'elle est à Alger ; de plus, elle est complètement désorientée dans le temps et se trouve reportée à 30 ou 40 ans en arrière.

A une de nos visites, elle nous raconte qu'elle est inquiète parce que son mari, parti depuis le matin à la chasse, n'est pas encore rentré, qu'elle a préparé le dîner et qu'il va être froid.

Etat physique. — La malade est bien constituée, et sa santé physique est excellente pour son âge. Elle marche toute la journée sans paraître éprouver aucune fatigue. Les réflexes tendineux sont absents aux membres inférieurs et normaux aux membres supérieurs ; pas de signe de Babinski. Les pupilles sont égales et régulières avec réactions lumineuses et accommodatives normales.

Comme antécédents héréditaires, elle ne présente rien de particulier ; au point de vue des antécédents personnels, on ne peut signaler que des accidents paludéens qu'elle aurait présentés à une époque qu'il a été impossible de préciser.

OBSERVATION

DEVAUX et LOGRE (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1911, XXIV, obs. 17).

M. H..., âgé de 72 ans, présente, depuis deux ans, des signes d'artériosclérose cérébrale, du rire et du pleurer spasmodiques, et des troubles psychiques à évolution progressive. Désorientation complète dans le temps et dans l'espace ; amnésie rétrograde et antérograde ; fausses reconnaissances ; confabulation qui devient de moins en moins riche avec les progrès de l'affaiblissement psychique. Mort, dans un état de démence absolue. Pas de polynévrite.

Cet homme, après ses études de droit, avait mené une vie désœuvrée ; beau parleur, il était recherché pour sa conversation brillante et son esprit enjoué ; il écrivait avec facilité des nouvelles et des contes et laissa un drame historique où les situations les plus romanesques montrent qu'elle était la fertilité de son imagination.

OBSERVATION

DEVAUX et LOGRE (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1911, XXIV, observ. 2).

Femme, âgée de 78 ans, sans antécédents ; douée d'une imagination très vive, elle revenait, chaque soir, de son travail avec une bonne histoire, toujours prête, que ses enfants attendaient comme un régal. Depuis plus d'un an, troubles de la mémoire ; amnésie antérograde ; désorientation ; confabulation ; pas de polynévrite. Transférée à la Salpêtrière, la malade est devenue maussade et coléreuse.

OBSERVATION

DEVAUX et LOGRE (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1911, XXIV, observ. 3).

Femme, âgée de 77 ans, sans antécédents dignes d'être notés. Au début de 1909, perte progressive de la mémoire et surtout celle des faits récents ; désorientation complète dans le temps et dans l'espace ; fausses reconnaissances ; paramnésie. Pas de signes de polynévrite.

OBSERVATION

DEVAUX et LOGRE (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1911, XXIV, observ. 3).

Femme, âgée de 64 ans, présente des troubles mentaux caractérisés par de l'amnésie antérograde et rétrograde ; de la désorientation dans le temps et dans l'espace, et de la confabulation ; léger degré d'euphorie. Signes de polynévrite : Abolition des réflexes rotuliens et achilléens ; douleurs à la mallaxation des mollets ; hyperesthésie marquée aux membres inférieurs, moins nette aux membres supérieurs ; atrophie musculaire du quadriceps et parésie des membres inférieurs. Signes d'éthylisme : cauchemars, pituites, tremblements.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. III).

Anna K..., âgée de 84 ans, entre à la clinique de psychiatrie le 23 février 1906. Depuis quelques mois, elle a des troubles très accentués de la mémoire : elle oublie tout aussitôt qu'on lui a parlé ; elle est complètement désorientée dans le temps et dans l'espace ; la nuit, elle voit des figures et elle est très angoissée ; de plus, elle est agressive vis-à-vis de son entourage. Elle ne sait pas son âge et croit avoir 30 ans ; elle a oublié le nom et le nombre de ses enfants ; parfois elle dit que son mari vit encore et d'autres fois, elle affirme qu'il est mort ; légère aphasie amnésique. Le lendemain de son admission, elle cherche ses enfants ; elle veut sortir et croit être là depuis très longtemps. Elle se figure être dans une auberge et cherche l'aubergiste qui doit être un de ses parents. A midi, elle oublie qu'elle vient de déjeuner ; elle s'imagine qu'elle a à boire de la bière et en réclame un verre parce qu'elle a soif. Elle prend le médecin pour son fils et dort peu la nuit. Mort, le 7 mars 1906, de pneumonie consécutive à une fracture de côtes. — *Autopsie* : atrophie considérable du cerveau, surtout accentuée au niveau des lobes antérieurs ; dilatation des ventricules ; épaissement des parois vasculaires. Le microscope révèle l'existence de lésions avancées avec de nombreuses productions en massues. Les cellules ganglionnaires sont peu atteintes.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. IV).

Madeleine K..., âgée de 83 ans, est atteinte de démence depuis un an et demi et voit des gens lui réclamer de l'argent. Elle entre à la clinique de psychiatrie, le 3 juin 1908 ; elle se met en colère, dit des injures ; elle voit des soldats devant les fenêtres, et l'un d'eux lui adresse quelques bons mots. Elle ne sait pas son âge ni combien elle a d'enfants ; complètement désorientée dans le temps et dans l'espace, elle ne sait pas depuis combien de temps elle est là ; elle croit ne pas avoir encore déjeuné alors qu'elle sort de table. Elle croit être dans une auberge. Confabulation. Mort dans le marasme, le 26 juillet 1908. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau avec dilatation du ventricule latéral. Pas de lésions vasculaires. Pas de productions en masses.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. V).

Ignatz R..., âgé de 82 ans, sans antécédents, entre à la clinique le 2 août 1903, avec des signes de démence sénile. Amnésie très grande ; le malade se rend compte que sa mémoire est très défectueuse et il s'en plaint ; il attend des visiteurs et au bout de quelques minutes, il n'y pense plus, ou bien il désigne d'autres personnes comme étant ses visiteurs.

Le 23 août, il veut aller au cimetière parce que sa mère est morte hier.

— Quel âge avait votre mère ? — 58 ans.

— Et vous, quel âge avez-vous ? — J'ai déjà 60 ans.

— Depuis quand êtes-vous ici ? — Il y a deux mois.

Puis, à un autre moment, il dit que sa mère a 40 ans, qu'elle vit encore, qu'elle est bouchère, et que lui-même a 36 ans. Mais comme on lui présente un miroir, il se regarde et dit avoir plus de 70 ans, ne se souvenant plus qu'il vient de dire autre chose quelques instants auparavant. Mort, dans le marasme, le 15 octobre 1903 — *Autopsie* : atrophie considérable du cerveau avec hydrocéphalie interne manifeste. Epaissement des vaisseaux de la base. Nombreuses masses ganglionnaires, mais sans masses.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 20).

Franz P..., âgé de 83 ans, sans antécédents, entre à la clinique le 26 mars 1910. Il ne sait pas son âge et fait, à ce sujet, des réponses invraisemblables : tantôt il a 18 ans ; tantôt il a 30 ans ; il croit que sa femme vit encore et il ne sait ni le nombre ni le nom de ses enfants ; il est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace : le lendemain de son admission, il croit être dans l'établissement depuis deux ans déjà. La nuit, il quitte son lit ; il cherche sa sœur et croit être dans une caverne de brigands. Mort, le 18 avril 1910, dans le marasme. — *Autopsie* : légère atrophie cérébrale avec léger épaississement du ventricule ; pas d'altérations des vaisseaux de la base. Pas de productions de masses ; altérations considérables des cellules ganglionnaires qui sont le siège d'une prolifération fébrile importante.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 21).

Catherine H..., âgée de 76 ans, est admise à la clinique, le 31 mars 1906. Troubles croissant de la mémoire depuis six mois. L'amnésie est si considérable depuis trois mois, qu'elle oublie tout presque instantanément. Elle exige un nouveau logement et veut chasser les voisins de son domicile, parce que la maison lui appartient ; si on lui résiste, elle s'irrite, s'emporte, dit des injures et crie qu'on veut la tuer.

Au moment de son admission, elle est tout à fait tranquille, elle s'imagine être dans un hôpital ; elle refuse de reconnaître qu'elle était agitée chez elle ; et que si elle l'avait été, c'est qu'on l'avait irritée. Désorientation, sauf pour certains faits qui la concernent personnellement et dont elle se souvient parfaitement ; elle calcule fort mal. Le 1^{er} avril, elle sait qu'elle est là depuis la veille. Le lendemain, elle croit être à l'établissement depuis une semaine ; la nuit, elle dort peu.

Le 7 avril, amnésie très accentuée ; elle n'a pas la notion du temps et oublie, en sortant de table, qu'elle vient de manger ; elle dit qu'elle est attendue par son fils et par des personnes connues qui sont venues la chercher et qui sont allées jusqu'à

l'auberge. Souvent elle veut sortir parce qu'elle s'imagine que son fils l'attend dehors.

Le 24 avril, amnésie progressive ; confabulation ; elle se figure toujours être attendue par l'un ou par l'autre ; elle prend le médecin qui vient la visiter pour son fils ; elle est inconséquente et change fréquemment d'idées. Elle présente des hallucinations surtout la nuit ; elle entend ses voix dehors, dans le jardin ou dans la rue, et elle veut aller les rejoindre. Le 16 mai, elle est calme le jour ; mais le soir, elle s'irrite, entend ses voix et veut aller avec elles.

Le 17 juin 1906, mort de pneumonie. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau avec hydrocéphalie interne ; grande fragilité des vaisseaux de la base. Nombreuses masses ganglionnaires aux différentes phases de leur évolution, surtout visibles dans la couche corticale des parties postérieures du cerveau ; elles sont également réparties dans les deux hémisphères. Pas de masses. Altérations considérables des cellules ganglionnaires.

D). — **Fausse reconnaissance.** — Les fausses reconnaissances s'observent surtout dans les cas où les troubles de la mémoire et de l'orientation sont déjà très prononcés. Le souvenir des faits passés n'existe plus pour ainsi dire ; les événements journaliers, eux-mêmes, dont la répétition quotidienne, dans des circonstances toujours identiques, devrait assurer la conservation, n'échappent pas plus que les autres à l'oubli ; même, après des semaines ou des mois de séjour à l'asile, le malade est incapable de donner le moindre détail sur le médecin ou sur le personnel qui le soigne ; bien qu'il les voit tous les jours il lui est impossible de dire leur nom et souvent il leur donne une personnalité toute différente de la leur, ou bien il affirme ne les avoir jamais vus et les rencontrer seulement pour la première fois.

Par contre, on a vu, dans bien des cas, certaines femmes, atteintes de presbyophrénie, saluer des personnes étrangères comme de vieilles connaissances ; elles croient avoir vu déjà ces personnes ; mais elles s'excusent de ne plus se souvenir de leur nom et elles finissent par leur attribuer celui de

leurs amies. D'autres enfin, déclarent connaître toutes les malades qui sont ses voisines de lit; elles les considèrent comme étant des membres de leur famille et elles les appellent du nom d'êtres aimés.

Cliniquement, on ne saurait considérer les fausses reconnaissances comme un symptôme constant et pathognomique; car elles existent dans un grand nombre de psychoses (manie, confusion mentale, démence précoce, paralysie générale, etc.) et elles reconnaissent des causes tout à fait différentes.

Dans la presbyophrénie, il est infiniment probable que les fausses reconnaissances sont dues à un défaut d'attention, aux troubles de la mémoire résultant de la disparition définitive d'un grand nombre de représentations mentales et à un affaiblissement intellectuel qui est l'indice de lésions organiques plus ou moins avancées.

E). — **Troubles de l'intelligence.** — Les troubles de l'intelligence, caractérisés par un certain degré d'*affaiblissement intellectuel*, sont pour ainsi dire constants au cours de la presbyophrénie. Plus ou moins accentué, cet affaiblissement intellectuel est dénaturé et souvent exagéré dans son expression clinique, par les manifestations multiples des autres éléments du syndrome; le malade offre presque toujours l'apparence d'une diminution intellectuelle plus profonde que celle-ci ne l'est en réalité (DUPRÉ).

En réalité, en dehors de la mémoire, les facultés intellectuelles semblent être d'abord peu touchées; elles fonctionnent régulièrement, tant qu'il ne s'agit pas de l'élaboration des perceptions actuelles; les perceptions se font, normalement, en dehors des illusions de l'état onirique; et bien que les sensations manquent parfois de netteté, elles sont correctement interprétées.

ATTENTION. — L'*attention spontanée* est, en général, assez touchée; souvent elle est à peu près nulle, et le sujet ne

s'intéresse à rien de ce qui se passe' autour de lui ; cet état morbide est, du reste, proportionnel au degré d'amnésie que présente le malade.

L'attention volontaire est relativement bien conservée, surtout dans la forme amnésique ; les questions posées sont examinées avec soin par le malade qui réfléchit avant de répondre ; quelquefois la réponse est faite au hasard parce qu'il ne veut pas avoir l'air d'ignorer quelque chose qu'il considère comme monstrueux de ne pas connaître.

ASSOCIATION DES IDÉES. — Dans certains cas, les phénomènes d'association des idées se font à peu près normalement ; mais le plus souvent, lorsque le malade cherche à préciser un fait, on le voit passer d'une idée à l'autre, la première idée suggérant la seconde et inversement. D'une façon générale, les idées sont rares ; et lorsqu'elles apparaissent, elles sont fugaces ; les pensées du malade évoluent dans le même cercle restreint et il en résulte un état apathique, indifférent du sujet abandonné à lui-même. Le malade est incapable d'aucune association d'idées nouvelles ; il ne se sert, dans ses raisonnements, que de connaissances anciennes, accumulées depuis longtemps dans son esprit ; il ne réagit aux impressions du moment que dans la mesure où elles sont capables d'évoquer une association ancienne ; et les éléments anciens eux-mêmes, restent toujours associés de façon identique.

JUGEMENT. — Le jugement, c'est-à-dire la faculté de raisonner d'une façon logique est ordinairement peu troublé. Ses altérations sont associées à celles de la mémoire et déterminées par elles. Le malade apprécie sainement les actes de sa vie passée, sa conduite antérieure ; celle des personnes de son entourage d'autrefois ; et les jugements qu'il porte sur les gens et les choses de cette époque, témoignent d'un bon sens normal.

Souvent les presbyophréniques ont conservé les éléments du calcul antérieurement acquis; et ils répondent convenablement si on les interroge sur les petits faits de la vie journalière; et certaines femmes peuvent dire encore exactement le prix des aliments, les recettes de cuisine, etc. (KRÆPELIN). Mais en dehors de cela, les grands événements politiques, les faits historiques ou géographiques sont complètement oubliés. Les malades reconnaissent encore assez bien les pièces de monnaie qu'on leur présente; mais dans la conversation elles usent de préférence de termes hors d'usage, tels que pistole, écu, liard.

D'autrefois, lorsque la malade a eu antérieurement du jugement, elle est capable de répondre aux questions absurdes qu'on lui adresse. Si on lui dit, par exemple, que la neige est noire, que les chevaux aboient et que les voleurs seront récompensés, elle repousse ces idées en riant, ou répondra : « La neige est noire s'il tombe de la poussière dessus. » Alors qu'elle se laisse convaincre de choses indifférentes, elle s'indigne vivement si on l'accuse de vol ou de faux serment (KRÆPELIN).

L'état de crédulité et de suggestibilité dans lequel se trouvent les malades est lié aux erreurs de raisonnement, à l'absence de critique et aux troubles du jugement que l'on observe chez eux. Mais si le jugement présente des lacunes plus ou moins importantes, il n'est jamais totalement détruit; il reste conservé lorsqu'il s'agit d'acquisitions antérieures, de faits simples et de « gros bon sens ».

Enfin, il est très curieux d'observer une intégrité complète du *sens moral* chez les presbyophréniques, même chez ceux dont les facultés intellectuelles sont très affaiblies, et de voir combien ces malades protestent énergiquement lorsqu'on fait entrer en jeu les sentiments d'honneur et de probité.

CONSCIENCE. — D'une façon générale, la conscience est assez troublée; ces altérations de la conscience sont liées à celles de la mémoire et de la synthèse mentale; et elles sont d'autant plus considérables que l'amnésie est plus intense. Les presbyophréniques ne se rendent compte que très imparfaitement de cette altération énorme de leur état dans bien des cas; par contre, il existe un sentiment exact de la maladie : « Quand on est si vieux, la mémoire est mauvaise. » Cette inconscience contraste, parfois fortement avec la lucidité et la correction du jugement dès qu'il s'agit de raisonner sur des choses en dehors de la maladie actuelle.

MODIFICATIONS DE L'ÉTAT AFFECTIF. — Les modifications de l'état affectif varient suivant le caractère antérieur des malades et suivant le degré et la nature des troubles intellectuels; elles sont étroitement subordonnées à l'état de la nutrition et à la nature du facteur étiologique. Parfois on observe un état d'euphorie qui contraste singulièrement avec la déchéance physique du sujet.

IDÉES DÉLIRANTES. — Dans certains cas de presbyophrénie, on voit les troubles de la mémoire et la fabulation s'associer à du délire et l'on peut observer ce que FISCHER appelle le *délire presbyophrénique*.

D'une façon générale, les idées délirantes, proprement dites, sont rares; elles sont liées, le plus souvent, aux illusions et aux hallucinations, particulièrement celles qui se rapportent aux anciennes occupations du malade (délire d'occupation). Les hallucinations sont plutôt rares; mais les illusions sont nombreuses, particulièrement changeantes. Les hallucinations intéressent les divers sens, tout en ayant une prédisposition marquée pour la vue (hallucinations optiques), pour l'ouïe (hallucinations auditives), et pour la sensibilité générale (paresthésies).

Les états délirants affectent, d'ordinaire, deux formes :

1° une forme délirante vraie avec anxiété, angoisse, agitation et parfois même, avec des idées de persécution ; 2° une forme apathique.

Forme délirante vraie. — Le délire survient, le plus souvent, la nuit. Pendant le jour, le malade est à peu près calme ; vers le soir, son visage animé, ses paroles incohérentes, ses gestes, son attitude trahissent la multiplicité et l'intensité de ses préoccupations délirantes ; puis, un peu plus tard, les illusions et les hallucinations se multiplient ; les cauchemars pénibles apparaissent et le malade devient agité et inquiet. Il tend alors à vivre son rêve ; il cherche toujours quelque chose ; il essaie de se lever ; pousse des cris et appelle au secours ; ou bien il brise sa literie, déchire ses draps, fouille ses matelas et en retire la laine ou le crin qu'ils renferment et s'affuble d'une façon bizarre et fantastique. Certains presbyophréniques se croient toujours dans leurs occupations dernières : ils comptent de l'argent et rendent la monnaie ; ils font de la cuisine ou procèdent à la traite des vaches, etc., FISCHER cite le cas d'un maçon qui disposait son drap de lit à la façon d'un treillis, sur lequel il édifiait une façade.

Enfin, il peut se produire que le délire, arrivé à un degré assez élevé, ne cesse plus ; il persiste nuit et jour ; il se continue le jour, tel qu'il était le matin, comme un véritable rêve prolongé ; puis lorsque le soir arrive, il augmente d'intensité pour obtenir son maximum pendant la nuit ; il n'y a alors aucune chance de régression et, au bout d'un temps plus ou moins long où l'état reste stationnaire, le malade finit par mourir dans le marasme.

Voici quelques observations dans lesquelles la forme délirante fut observée.

OBSERVATION

HAMEL (*Revue de psychiat. et de psychol. expérimentale*, janvier 1911, n° 1).

Il est question d'une femme de 76 ans, M^{me} Ter..., entrée à l'asile de Villejuif, le 15 septembre 1909, avec le diagnostic : affaiblissement intellectuel, sénilité, turbulence.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents personnels. La maladie actuelle a débuté, il y a deux ans et demi environ, par une perte progressive de la mémoire. La famille signale un vertige, suivi de chute, qui n'a laissé aucune trace. Aucun trouble de la motilité à ce moment. En décembre 1909, Ter... dut être alitée pour faiblesse pendant un mois. Cet état était dû à ce que la malade ne peut rester tranquille un moment, et ne se repose jamais.

Actuellement, Ter... est encore robuste. Son abord est peu avenant. Elle se fâche et crie facilement, pleure dès qu'on la contrarie. Elle répond assez bien aux questions qu'on lui pose et se rassure promptement. Désorientation profonde, dans le temps et dans l'espace.

Amnésie rétrograde remontant très loin.

Amnésie de fixation absolue et continue, liée à une profonde perturbation de l'attention.

Fabulation peu active, non spontanée, mais indéniable.

Fausse reconnaissance.

Le gros bon sens est indemne, la malade rectifie en riant les propositions absurdes.

Le sens moral est intact : la malade se révolte si on l'accuse injustement. Les notions courantes sont bien conservées. M^{me} Ter... n'a reçu que peu d'instruction, cependant elle lit bien et effectue de tête, sans hésiter, les calculs qui lui sont donnés.

Etat physique : Cœur normal. Pas d'albumine. Réflexes des membres supérieurs normaux. Réflexes patellaires et achilléens normaux. Douleur à la pression au mollet gauche, sensibilité normale aux autres masses musculaires.

OBSERVATION

TRÉNEL et LIBERT (*Société Clinique de Méd. Mentale*, juillet 1910, p. 262).

Augustine, Eugénie P..., 65 ans, entrée à l'asile de Maison-Blanche le 10 juin 1910, ne fournit aucun renseignement sur ses

antécédents personnels ni héréditaires. Son attitude, ses propos revêtent un caractère franchement maniaque. C'est une nature passionnée dont l'amour n'exclut pas la jalousie. A la folie des grandeurs, se croit immensément riche. La malade est tout à fait désorientée dans le temps et dans l'espace. Le jour de son entrée, elle a 40 ans, le lendemain 90, puis 24. Tout le monde a 24 ans. Même variation pour l'époque où nous sommes. Les fausses reconnaissances abondent. Tout ce qui l'entoure lui appartient, elle accapare les affaires de toutes les malades.

Comme signes physiques, abolition des réflexes rotuliens et des autres réflexes tendineux.

Les réactions pupillaires sont extrêmement paresseuses.

Il n'y a pas de douleurs musculaires.

Cinq semaines après l'entrée on retrouve chez la malade les mêmes préoccupations érotiques. Sa jalousie s'est exacerbée.

Ne se souvient plus des événements les plus marquants. Elle savait autrefois bien calculer, mais elle l'a complètement oubliée. La mémoire est affaiblie, mais la façon plaisante dont la malade répond rend l'appréciation difficile.

Comme signes physiques : abolition des réflexes rotuliens et légers troubles pupillaires.

La lymphocytose existe mais très faible, négligeable (2 à 6 lymphocytes par champ).

OBSERVATION

NOUËT et HALBERSTADT (*L'Encéphale*, IV, 1909, p. 337).

Il est question d'une femme L..., âgée de 67 ans, entrée à l'asile le 25 janvier 1907.

Antécédents héréditaires : inconnus.

Antécédents personnels : L... n'a jamais présenté d'affection grave. Son mari était professeur de collège. Elle mena toujours une existence paisible, peu mouvementée. Son mari est mort, il y a quatre ans. Sa fille, atteinte de démence précoce hétérophrénique, est internée. L... n'a jamais fait d'excès alcooliques ou autres. Les troubles mentaux remonteraient à six mois avant son entrée, et auraient consisté en un affaiblissement progressif des facultés.

Examen de la malade : Au point de vue physique, on constate un affaiblissement manifeste de la motilité. Sa démarche est quelque peu incertaine, il lui arrive quelquefois de se laisser

tomber à terre. La force musculaire est également diminuée aux membres supérieurs.

Toutefois, il n'existe pas d'hémiplégie. Pas de troubles de la sensibilité ; les réflexes rotuliens sont sensiblement exagérés des deux côtés ; pas de Babinski. Réflexe plantaire absent. Pas de troubles de l'équilibre.

Du côté des pupilles, on constate l'intégrité du réflexe à la lumière et du réflexe à l'accommodation.

Il n'existe pas de tremblement de la langue ; la parole est parfois un peu hésitante.

Les artères sont dures, le pouls est plein. Rien à l'auscultation du cœur et des poumons. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Notons enfin de la diminution de l'acuité visuelle par cataracte et de la dureté de l'ouïe.

Etat mental. — N'a pas subi de modification depuis son entrée. Nous le décrivons tel que nous l'avons observé en 1908. L... se présente sous l'aspect d'une démente sénile, calme, polie, souriante et aimable. Elle reste toujours à la même place et ne se fait remarquer par aucun symptôme d'agitation, ne se livre jamais à des violences sur ses voisines. N'est pas fixée sur son âge ni sur celui de sa fille. Elle ignore l'année courante, la date de sa naissance.

La malade, toujours de bonne humeur, enjouée, causant volontiers, s'irrite dès qu'on l'accuse d'avoir commis une action déshonnête. Sa figure devient sombre, courroucée et elle se met à pleurer pour quelques secondes d'ailleurs. Quand on lui pose des questions absurdes, elle les réfute.

L... a conservé les éléments de calcul qu'elle possédait jadis et exécute mentalement une opération arithmétique simple. Elle sait à peu près le prix des denrées diverses, mais elle n'a plus connaissance de l'histoire et de la géographie. Elle ignore la capitale de la France, le chef-lieu de département. Elle reconnaît assez bien les pièces de monnaie et donne leur dénomination exacte. Seules les pièces de nickel l'embarrassent.

Toujours très polie, elle se prête volontiers à l'interrogatoire. Très aimable avec son entourage, elle donne volontiers des encouragements et des conseils, s'efforce de rendre volontiers service dans la mesure du possible. Bref, à l'inverse des autres démentes séniles avec lesquelles elle se trouve, elle n'a aucun sentiment d'égoïsme. Parfois, la nuit, elle présente quelques symptômes d'agitation, jette ses draps, se promène dans le dortoir. Elle est souvent gâteuse,

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, Berlin et Leipzig, 1910, III, Heft 4, observ. IX).

Joseph V..., âgé de 70 ans, entre à la clinique le 21 janvier 1908 ; troubles de la mémoire ; confabulation ; désorientation complète ; idées délirantes ; hémianopsie gauche, mais sans signes de lésion organique ; mort de bronchopneumonie, le 15 février 1908. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau et épaississement méningé ; dilatation considérable des ventricules ; épaississement des vaisseaux de la base ; foyer de ramollissement à la partie supérieure du lobe occipital. Au microscope, on voit de nombreuses masses ganglionnaires aux premières phases d'évolution ; dans les lobes frontaux, on trouve une infiltration filamenteuse avec prolifération des éléments pathologiques et quelques massues ; les cellules ganglionnaires sont très altérées.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. XI).

Ludmilla M..., âgée de 103 ans, entre à la clinique le 7 juillet 1907 ; troubles de la mémoire ; désorientation partielle ; confabulation ; agitation ; anxiété avec idées délirantes ; mort, dans le marasme, le 10 août 1907. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau et dilatation des ventricules ; épaississement des vaisseaux de la base. A l'examen histologique, on trouve de nombreuses masses ganglionnaires arrivées au stade rayonné, mais sans massues ; altération considérable des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 14).

Franz B..., âgé de 70 ans, entre à la clinique le 13 juillet 1908. Traumatisme crânien 4 ans auparavant ; convulsions épileptiformes depuis deux ans ; hémiplégie droite et troubles mentaux. Amnésie rétrograde et antérograde ; désorientation complète ; confabulation ; agitation et idées délirantes. Mort de bronchopneumonie, le 25 mars 1910. — *Autopsie* : on trouve de nombreuses masses ganglionnaires arrivées au stade rayonné, mais sans massues ; altération considérable des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 18).

Antonie G..., âgée de 79 ans, est admise le 13 février 1903 ; troubles de la mémoire ; confabulation ; désorientation ; agitations et idées délirantes la nuit ; anxiété. Mort dans le marasme, le 9 juillet 1909. — *Autopsie* : légère atrophie cérébrale ; léger épaissement des méninges et des vaisseaux de la base ; dilatation considérable du ventricule. A l'examen microscopique, on observe un grand nombre de masses ganglionnaires affectant toutes les premières phases du développement du processus morbide ; pas de massues ; beaucoup de foyers d'infiltration diffuse ; altération notable des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 22).

Anna Pl..., âgée de 80 ans, entre à la clinique de psychiatrie le 25 août 1908. Débuts incertains de l'affection ; troubles de la mémoire ; désorientation ; confabulation ; agitation et anxiété ; mort dans le marasme. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau avec dilatation ventriculaire et friabilité des vaisseaux de la base. Au microscope : nombreuses masses ganglionnaires à leur stade de début ; par places on note une infiltration diffuse de tissu fibrillaire ; pas de massues ; lésions considérables des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4 observ. 23).

Franz R..., âgé de 78 ans, est admis le 22 janvier 1908 ; troubles de la mémoire depuis 3 ans déjà et signes de démence ; désorientation complète dans le temps et dans l'espace ; amnésie rétrograde ; légère aphasia avec troubles apraxiques ; agitation et délire nocturne ; mort de pneumonie, le 31 janvier 1909. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau avec notable dilatation du ventricule et friabilité des vaisseaux de la base. Au microscope : masses ganglionnaires en nombre très limité dans l'hémisphère

droit (stade rayonné) ; dans l'hémisphère gauche, elles font défaut au niveau du lobe occipital ; pas de massues ; lésions légères des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 24).

Franz R..., âgé de 83 ans, est admis à la clinique de psychiatrie le 22 février 1908 ; affaiblissement des facultés cérébrales et troubles de la mémoire ayant débuté il y a deux ans ; amnésie ; désorientation ; agitation et hallucinations ; vertiges et surdité presque complète ; mort, le 8 juin 1908, dans le marasme. — *Autopsie* : atrophie considérable du cerveau avec épaississement des méninges et des vaisseaux de la base et une dilatation notable des ventricules ; foyer de ramollissement avec dégénérescence kystique au niveau du thalamus optique et du noyau lenticulaire. Au microscope, on trouve de nombreuses masses ganglionnaires avec infiltration fibrillaire diffuse, dans les parties antérieures du cerveau ; dans les parties postérieures, les lésions sont moins avancées et n'ont pas dépassé le stade rayonné ; pas de massues ; lésions des cellules.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 25).

Jean U..., âgé de 84 ans, entre à la clinique le 6 juin 1908 ; troubles démentiels ; amnésie de fixation ; confabulation ; désorientation totale ; euphorie ; agitation et délire nocturne ; mort de bronchite suppurée le 30 septembre 1908. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau avec dilatation du ventricule et friabilité des vaisseaux de la base. Au microscope : infiltrations fibrillaires associées à des masses ganglionnaires à évolution plus récente (stade rayonné) ; quelques petites massues ; légères altérations des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 26).

Anna V..., âgée de 77 ans, entre à la clinique le 25 août 1905.

Le début de l'affection est inconnu ; troubles de la mémoire ; désorientation ; crises d'épilepsie ; agitation et mort de pneumonie, le 27 septembre 1905.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 27).

Antonie St..., âgée de 89 ans, entre à la clinique, le 4 novembre 1903 ; amnésie ; désorientation complète dans le temps et dans l'espace ; agitation et anxiété : hallucinations ; mort dans le marasme, le 27 mai 1904. — *Autopsie* : cerveau légèrement atrophié ; dilatation des ventricules ; friabilité des vaisseaux de la base. Dans les deux lobes frontaux, il n'y a pas de masses ganglionnaires qui existent, en grand nombre, dans les autres parties de l'écorce cérébrale ; quelques masses ; lésions très accentuées des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 28).

Marie Z..., âgée de 74 ans, est admise à la clinique le 8 juillet 1908 ; amnésie rétrograde et antérograde ; désorientation complète dans le temps et dans l'espace ; confabulation ; fausses reconnaissances ; mort de dysenterie, le 13 septembre 1908. — *Autopsie* : atrophie très prononcée du cerveau avec épaissement des artères de la base. Nombreuses masses ganglionnaires à évolution très avancée et infiltration fibrillaire dans toutes les régions des deux hémisphères ; dans le lobe occipital droit, « feutrage » abondant autour des vaisseaux ; nombreuses masses et, par places, prolifération fibrillaire intense. Dans le cervelet, quelques vaisseaux sont entourés d'un feutrage qui est souvent l'indice d'une zone de destruction.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 30).

Joseph Z... , âgé de 70 ans, entre à la clinique, le 5 janvier 1908, et présente un état délirant très net ; troubles de la mé-

moire ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; fausses reconnaissances (il croit connaître le médecin qu'il voit pour la première fois) ; confabulation ; agitation et délire nocturne ; mort le 23 janvier 1908. — *Autopsie* : atrophie considérable du cerveau avec dilatation ventriculaire. Nombreuses masses ganglionnaires au stade de début ; par endroits, infiltration fibrillaire abondante ; pas de massues ; lésions importantes des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 31).

Franz Zr..., âgé de 83 ans, entre le 11 janvier 1904 ; a eu un fils qui a présenté des troubles mentaux. Troubles de la mémoire ; paraphasie ; intégrité partielle du jugement (le malade comprend très bien les questions qui lui sont posées) ; hallucinations et délire nocturne ; mort dans le marasme et le collapsus cardiaque, le 17 janvier 1904. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau avec dilatation ventriculaire : le lobe temporal gauche est particulièrement atrophié. Au microscope : nombreuses masses ganglionnaires au stade rayonné, avec de nombreuses proliférations en massues au niveau des cylindraxes ; lésions prononcées des cellules ganglionnaires. Les mêmes lésions morbides existent également dans toutes les parties du cerveau.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 32).

Antoine D..., âgé de 78 ans, sans antécédents ; entre à la clinique, le 29 juillet 1907 ; amnésie très grande ; désorientation complète dans le temps et dans l'espace ; agitation et délire nocturne ; mort de pneumonie, le 6 avril 1908. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau avec dilatation ventriculaire. A l'examen microscopique, on trouve de très nombreuses masses ganglionnaires aux différentes phases d'évolution et avec quelques rares massues ; ces lésions n'existent, d'ailleurs, que dans les lobes frontaux.

FORME DÉLIRANTE APATHIQUE. — A l'encontre de la forme délirante, qui se traduit d'ordinaire par de l'agitation, de l'insomnie, de la loquacité et de l'irritabilité motrice, on peut observer une forme apathique, c'est-à-dire une forme dans laquelle le malade présente de la somnolence, du mutisme, de l'apathie ou de la stupeur. En général, le malade est calme; le plus souvent, il est somnolent et murmure, à voix basse, des phrases brèves, inachevées, parfois inintelligibles. Son regard, vague et lointain, se promène sur toutes choses, sans rien voir; ou bien il fixe un point dans l'espace et paraît suivre le déroulement de quelque songe intérieur; lorsqu'il est éveillé, il semble être d'une indifférence absolue pour tout ce qui se passe autour de lui; il ne fait aucun effort pour s'orienter et pour se mettre en rapport avec le monde extérieur.

Dans de telles conditions, on conçoit qu'il soit extrêmement difficile d'arriver à faire un diagnostic exact surtout lorsque l'anamnèse est négative ou insuffisante; et l'erreur est facile à commettre pour le médecin qui est appelé à examiner, pour la première fois, un malade présentant cet état de démente apathique.

Toutefois, l'apathie n'est jamais le seul signe observé; en même temps qu'elle, on peut toujours constater l'existence d'autres symptômes, tels que : l'amnésie, la désorientation et la fabulation, qui sont caractéristiques de la psychophrénie et qui sont susceptibles de mettre un médecin exercé, sur la bonne voie. FISCHER relate un certain nombre de faits qui rentrent dans cette catégorie.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 34).

Marie St..., âgée de 71 ans, est admise le 22 mars 1906 avec

des troubles accentués de la mémoire ; amnésie ; désorientation ; confabulation. En 1908, apathie complète et mort de broncho-pneumonie, le 25 mars 1909. — *Autopsie* : atrophie cérébrale avec dilatation des ventricules. Prolifération fibrillaire intense des cellules ganglionnaires ; quelques massues.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 36).

Wenzel Kr..., âgé de 77 ans, est admis le 16 novembre 1905 ; amnésie complète ; désorientation ; confabulation ; en février 1907, apathie très grande et mort le 1^{er} mars 1907 de dysenterie. — *Autopsie* : atrophie considérable du cerveau ; dilatation ventriculaire et épaississement des vaisseaux de la base. Altération considérable des cellules ganglionnaires ; quelques massues.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 37).

Marie K..., âgée de 75 ans, est admise le 16 septembre 1906 ; amnésie ; désorientation ; confabulation ; apathie totale et mort, le 12 novembre 1906. — *Autopsie* : atrophie considérable du cerveau, avec dilatation ventriculaire très prononcée et épaississement des vaisseaux de la base. Au microscope : nombreuses masses ganglionnaires aux différentes phases d'évolution ; quelques massues et légères altérations des cellules.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 38).

Rosalie H..., âgée de 71 ans, est admise le 23 janvier 1907 ; apathie ; amnésie ; désorientation ; apraxie idéative ; état démentiel simple ; mort de pneumonie, le 31 juillet 1907. — *Autopsie* : atrophie du cerveau avec dilatation des ventricules. Nombreuses masses ganglionnaires au stade rayonné ; quelques massues ; altérations très légères des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 39).

Joseph S..., âgé de 80 ans, entre le 9 novembre 1906 ; démence sénile ; amnésie complète ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; insomnie ; crises de larmes ; apathie ; mort le 15 juin 1907. — *Autopsie* : légère atrophie cérébrale avec dilatation considérable des ventricules latéraux. Masses ganglionnaires nombreuses, arrivées au stade radié ; quelques massues ; forte altération des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 40).

Anna R..., âgée de 73 ans, est admise le 1^{er} avril 1909 ; amnésie ; désorientation ; apathie complète ; mort de broncho-pneumonie, le 13 février 1910. — *Autopsie* : nombreuses masses ganglionnaires, sans massues ; altérations considérables des cellules ganglionnaires dont quelques-unes sont le siège de proliférations fibrillaires intenses.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 41).

Anna Sch..., âgée de 87 ans, sans antécédents, est admise le 4 septembre 1904 ; démence sénile avec apathie ; amnésie ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; mort de pneumonie le 11 septembre 1904. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau ; dilatation des ventricules ; les artères de la base présentent un certain degré de rigidité. Au microscope, nombreuses masses ganglionnaires aux différents stades de développement ; pas de massues ; altération considérable des cellules ganglionnaires.

De l'étude des faits publiés, il semble résulter que la forme apathique serait l'indice d'un état grave de la presbyophrénie ; elle ferait suite à la forme délirante que l'on observe généralement au début de l'affection ; elle serait due à un trouble considérable des fonctions intellectuelles et coïnciderait avec des lésions avancées du cerveau.

II. — SYNDROME POLYNÉVRITIQUE

Nous avons déjà vu plus haut que la presbyophrénie s'observe, fréquemment, chez des malades qui présentent des signes manifestes de polynévrite, surtout accusée aux membres inférieurs. Cette association morbide est d'ailleurs conforme aux enseignements de la clinique qui démontrent les grandes analogies qui existent entre le syndrome presbyophrénique et la psychose de Korsakoff (DUPRÉ).

Les troubles polynévritiques, lorsqu'ils existent, se manifestent par de la parésie des membres, notamment des membres inférieurs, l'abolition des réflexes tendineux, ou même de l'ataxie ; parfois, on peut observer différents troubles dans le domaine de la sensibilité (anesthésies, dysesthésies, hyperesthésies, paresthésies), ou des troubles de la nutrition, tels que l'amyotrophie, etc. Il peut encore exister des troubles de la circulation, caractérisés par du refroidissement, de la cyanose ou de l'œdème des membres, ou des troubles de la réflectivité (exagération, ou mieux abolition des réflexes profonds et exagération des réflexes superficiels). Pour M. DUPRÉ, il ne serait pas rare, non plus, d'observer du côté des yeux, divers troubles sensoriels ou moteurs, tels que des ophtalmoplégies externe ou interne et du scotome central.

En général, ces symptômes polynévritiques varient toujours beaucoup d'intensité ; ils sont parfois légers alors que les troubles mentaux sont très accusés, si légers même qu'ils peuvent bien passer inaperçus. Peut-être même, dans certains cas, font-ils totalement défaut.

A ce sujet, M. DUPRÉ fait observer que la coexistence des troubles psychiques et des troubles névritiques n'est pas fatale et que le centre et la périphérie peuvent souffrir isolément en raison de susceptibilités particulières. Chez certains individus, comme, par exemple, chez la malade de

MM. DENY et CAMUS, on peut n'observer qu'un affaiblissement intellectuel suivant le type presbyophrénique et à une phase tardive ne plus pouvoir mettre en évidence cliniquement l'existence d'une polynévrite, si l'on n'a pas assisté au début et à l'évolution de la maladie. Chez d'autres malades comme, par exemple, celles de BEAUSSART, qui ont pu avoir, à un certain moment, une atteinte bipolaire du système nerveux, il faudrait admettre, si l'on s'en tient à l'opinion de M. Dupré, que les lésions périphériques ont rétrocedé ou disparu. Malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, les données étiologiques sont encore insuffisantes pour venir confirmer le rôle infectieux ou toxique qui peut avoir présidé à la genèse du déficit intellectuel (BEAUSSART).

Souvent, il y a une coexistence entre les troubles moteurs ou sensitifs avec une albuminurie plus ou moins prononcée. Pour BEAUSSART, la présence d'albumine et de pigment rouge dans les urines serait l'indice d'une insuffisance hépato-rénale aboutissant fatalement à des phénomènes d'auto-intoxication. Ainsi, s'expliquerait l'existence d'un état physique défectueux comme les auteurs l'ont remarqué fréquemment chez les presbyophréniques.

Quoi qu'il en soit, il est « d'un grand intérêt, dit M. DUPRÉ, d'examiner attentivement le système nerveux périphérique chez les démentes amnésiques, désorientées et fabulantes; on notera alors, souvent, l'atteinte bipolaire et chronique du système nerveux par un processus toxique dont l'anamnèse permettra de retrouver l'origine dans le passé des malades et qui résoudra le problème des psychopolynévrites chroniques ».

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 1).

Femme D..., âgée de 70 ans, traitée depuis 1904 pour démence sénile avec alcoolisme chronique et polynévrite généralisée ; affaiblissement des facultés intellectuelles ; amnésie continue ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; confabulation. — Du côté des membres inférieurs, on note une paralysie avec pseudo-contracture par rétraction fibro-tendineuse ; pieds en varus équin, la face plantaire étant fortement tournée en dedans ; orteils en flexion par paralysie des muscles antérieurs de la jambe et contracture des muscles postérieurs. Affaiblissement des réflexes rotuliens, surtout à gauche ; abolition des réflexes achilléens. — Du côté des membres supérieurs, flexion forcée des 2^e et 3^e phalanges des doigts ; extension limitée des premières phalanges sur les métacarpiens ; mains en griffe avec rétraction de l'aponévrose palmaire et saillie des tendons fléchisseurs ; atrophie des éminences thénar et hypothénar ; flexion forcée du pouce dans le creux de la main ; réflexes normaux. Sensibilité et pupilles normales. Mort le 14 avril 1909 dans une crise d'asystolie.

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 3).

Femme L..., âgée de 70 ans, traitée pour alcoolisme chronique, avec affaiblissement des facultés intellectuelles, troubles profonds de la mémoire ; désorientation ; confabulation ; délire onirique ; artériosclérose. — Légère amyotrophie des membres inférieurs ; douleurs à la pression des masses musculaires ; abolition des réflexes rotuliens. Mort le 20 juillet 1909.

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 2).

Femme A..., âgée de 64 ans, est traitée pour alcoolisme chronique avec illusions et hallucinations multiples. Affaiblissement des facultés intellectuelles, notamment de la mémoire ; désor-

rientation dans le temps et dans l'espace ; fausses reconnaissances ; fabulation ; conservation des sentiments affectifs et sociaux, ainsi que des notions courantes et des gros faits de l'existence. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Réflexes plantaires et réflexes supérieurs normaux. Sensibilité normale. Pas de douleur à la pression des masses musculaires ; pas d'atrophie musculaire ni de troubles de la marche ; pas d'ataxie ; pas de signe de Romberg.

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 4).

Femme C..., âgée de 74 ans, est traitée pour de la démence sénile ; amnésie ; désorientation ; confabulation. La malade a conservé quelques éléments de calcul et lit facilement les mots simples. Les sentiments affectifs et le sens moral sont intacts. Faiblesse musculaire ; réflexes normaux ; pas de douleur à la pression des masses musculaires ni atrophie. Artériosclérose.

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 5).

Femme Le C..., âgée de 81 ans, est traitée pour de la démence sénile avec excitation, propos incohérents et désordres des actes ; amnésie ; désorientation dans le temps et dans l'espace. Très obéissante, facile à soigner, polie, affable, elle sourit toujours quand on lui parle. — Elle aurait eu, à une certaine époque, des troubles de la marche et beaucoup de crampes. Fausses reconnaissances. Les faits de gros bon sens sont conservés intacts, ainsi que les sentiments moraux et affectifs. Légère exagération des réflexes rotuliens ; légère hypoesthésie ; pas de douleur à la pression des masses musculaires.

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 6).

Femme H..., âgée de 68 ans, est traitée pour de la démence sénile, avec affaiblissement intellectuel ; amnésie ; désorienta-

tion ; incapacité de se diriger ; les gros faits de l'existence sont conservés ainsi que les sentiments affectifs ; fausses reconnaissances. Cette malade, polie, timide, est toujours calme ; elle se plaît bien où elle est et ne formule aucun désir. Faiblesse musculaire. Sensibilité normale sauf hyperesthésie. Douleur à la pression des muscles ; pas d'atrophie notable.

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 7).

Femme H..., âgée de 68 ans, est traitée pour affaiblissement intellectuel sénile avec troubles profonds de la mémoire ; désorientation ; confabulation ; idées confuses de persécution. Excitation. Interprétations. Troubles sensoriels. Réflexes normaux. Sensibilité normale. Atrophie musculaire.

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 8).

Femme G..., âgée de 68 ans ; troubles de la mémoire ; désorientation ; confabulation ; fausses reconnaissances ; elle lit et calcule bien, mais oublie tout de suite ce qu'elle vient de faire. Les faits de gros bon sens et le sens moral sont conservés. Réflexes normaux. Sensibilité normale. Douleurs dans les jambes et crampes ; légère douleur à la pression des masses musculaires.

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 9).

Femme S..., âgée de 71 ans ; troubles de la mémoire ; désorientation complète et incapacité de se conduire elle-même. Cette malade, aimable et polie, passe parfois par des phases d'excitation au cours desquelles elle frappe ses voisins. Grande difficulté pour fixer son attention, pour calculer et pour lire. Intégrité des sentiments familiaux et sociaux. Réflexes normaux. Sensibilité normale. Pas d'atrophie musculaire. Albumine et pigment rouge dans les urines.

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 10).

Femme M..., âgée de 70 ans, est traitée pour de la démence sénile avec amnésie et désorientation ; confabulation et fausses reconnaissances. Légère exagération des réflexes. Hyperesthésie. Albumine dans les urines.

OBSERVATION

BEAUSSART (*Arch. de Neurol.*, Paris, janvier 1910, observ. 11).

Femme M..., âgée de 65 ans, est traitée pour affaiblissement intellectuel avec amnésie, incapacité de se diriger, confabulation et désorientation dans le temps et dans l'espace. Légère exagération des réflexes rotuliens ; réflexes des membres supérieurs normaux ; sensibilité normale ; pas d'atrophie musculaire ; pas de douleurs à la pression. Albumine dans les urines.

CHAPITRE III

PRONOSTIC ET ÉVOLUTION

Evolution. — L'évolution de la presbyophrénie est des plus variables. KRÆPELIN a observé des cas de démence sénile simple au cours desquels le syndrome presbyophrénique apparaissait pour disparaître quelque temps après. Mais à côté de ces états purement passagers, il en est d'autres qui présentent les mêmes signes sans subir aucune modification ; d'après les auteurs allemands et, en particulier, pour WERNICKE, ces derniers cas peuvent être, soit aigus et évoluer vers la guérison en un ou deux mois, soit chroniques, et partant, incurables. En réalité, et c'est là l'opinion de KRÆPELIN, l'apparition de symptômes presbyophréniques, au cours d'une démence sénile, serait plutôt un signe fâcheux ; et il estime que l'existence de troubles plus ou moins accentués de la mémoire d'acquisition et l'indice d'une forme toujours grave de démence sénile.

La presbyophrénie peut-elle affecter une forme aiguë et par suite curable ? C'est là un point sur lequel il nous est impossible d'apporter quelque lumière ; car l'étude de la question est complètement à faire et l'avenir seul peut nous éclairer à ce sujet. Cependant, si nous nous en rapportons aux examens anatomo-pathologiques de coupes faites dans des cerveaux de presbyophréniques, nous constatons toujours l'existence de lésions plus ou moins accentuées de l'écorce cérébrale : atrophie avec dilatation ventriculaire et foyers de dégénérescence plus ou moins étendus. Ces lé-

sions constantes seraient donc l'indice que la presbyophrénie ne peut pas évoluer vers la guérison.

Durée. — La *durée* des accidents est extrêmement variable et oscille entre quelques semaines et plusieurs mois, rarement plusieurs années. D'après FISCHER, la presbyophrénie à forme délirante, accompagnée ou non d'hallucinations optiques ou auditives, aurait une durée moyenne de 13 mois; et la mort s'ensuivrait presque toujours dans le marasme. Dans les cas où il existe de la démence avec apathie et hébétéude, la durée moyenne serait plus longue et atteindrait jusqu'à 26 mois, soit à peu près le double de la durée de la forme précédente; mais ces chiffres n'ont rien d'absolu.

Fréquence. — Au point de vue de la fréquence, il est curieux de signaler que la presbyophrénie s'observe beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme sans que l'on sache s'il y a prédominance de cette affection dans un sexe plutôt que dans l'autre; il semble qu'il y aurait là un intéressant sujet d'étude pour élucider ce point.

Pronostic. — Le pronostic est essentiellement lié à l'étiologie de l'affection; il est d'autant plus sombre que les lésions cérébrales sont plus avancées et que le malade a une hérédité chargée ou qu'il est dans un état de déchéance physique très grand. Le pronostic est plus grave dans la forme apathique que dans la forme délirante; aussi, doit-il être toujours réservé; car les malades, qui sont des vieillards, finissent par succomber dans le marasme ou d'une affection intercurrente lorsqu'ils ne meurent pas des suites de l'artériosclérose ou de l'involution sénile.

Considérations médico-légales. — Par les illusions qu'elle entraîne chez des sujets dont la démence n'est pas toujours évidente, la presbyophrénie peut offrir un certain intérêt au point de vue médico-légal. En effet, une des maladies de

DEVAUX et LOGRE accusait un de ses voisins de l'avoir volée et elle appuyait ses dires sur des récits imaginaires qui pouvaient paraître tout à fait vraisemblables ; une autre malade accusait une infirmière de l'avoir maltraitée. Aussi, est-il nécessaire que le médecin légiste ait toujours présent à l'esprit, surtout lorsqu'il s'agit d'un vieillard, la possibilité du syndrome presbyophrénique avec fabulation, avant de formuler des conclusions définitives.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Considérations générales. — L'aspect clinique de la presbyophrénie est si tranché et le facies des malades est si caractéristique que le diagnostic est, généralement, facile à faire, même pour un médecin qui n'est pas spécialisé dans l'étude des maladies mentales; car il existe toujours trois symptômes caractéristiques qui mettent sur la voie du diagnostic : ce sont l'amnésie, et en particulier l'amnésie de fixation, la désorientation dans le temps et dans l'espace et la confabulation. Il est un fait remarquable, c'est que souvent il existe des troubles de la mémoire, parfois très considérables et contrastant avec une intégrité plus ou moins complète du jugement.

Diagnostic différentiel. — D'une façon générale, le diagnostic différentiel est assez aisé à faire; il n'y a qu'une seule affection avec laquelle la presbyophrénie puisse être confondue : c'est la maladie de Korsakoff.

PSYCHOSE DE KORSAKOFF. — On a souvent comparé la presbyophrénie à la psychose de Korsakoff; cette comparaison est juste dans une certaine mesure; en effet, les deux affections présentent à peu près les mêmes symptômes cliniques : le facies du malade habituellement distrait se modifie; dès qu'on lui adresse la parole, il s'anime, s'adapte facilement aux variations de l'état émotionnel; le langage est correct, facile; les questions sont bien comprises; la perception des objets extérieurs est à peu près normale; l'attention volontaire est aisément fixée; l'amnésie antérograde ou rétro-

grade est plus ou moins prononcée, et les souvenirs anciens sont facilement évoqués.

Mais si l'on étudie l'étiologie, on voit que ces deux affections ne sont plus identiques ; elles diffèrent par leur début, leur évolution et même leur terminaison. De plus, la psychose de Korsakoff s'observe aussi bien chez l'adulte que chez le vieillard, tandis que la presbyophrénie ne se rencontre que chez les personnes âgées ; aussi, dans cette dernière affection, peut-on encore observer des signes qui n'existent que dans la sénilité, comme l'agitation, la turbulence et la loquacité.

Enfin, un autre signe qui pourrait ajouter à la difficulté du diagnostic différentiel, c'est l'existence de la polynévrite. Cette lésion existe, en effet, dans les deux affections ; mais tandis qu'elle est constante dans la psychose de Korsakoff, elle peut ne pas exister dans la presbyophrénie ; ou plutôt, d'après M. DUPRÉ, la polynévrite existe toujours au début de la presbyophrénie ; mais les troubles moteurs peuvent disparaître rapidement, de sorte que si l'on n'observe pas le malade dès le début de l'affection, on peut ne plus constater que des troubles mentaux, et les troubles moteurs passent complètement inaperçus surtout si l'anamnèse est muette à ce sujet. On voit ainsi qu'il y a là une contradiction absolue avec l'évolution habituelle de la psychose de Korsakoff.

KRÆPELIN sépare nettement les deux affections ; « les troubles de la mémoire, dit-il, l'appauvrissement psychique, le défaut de jugement sont incomparablement plus accusés chez le presbyophrénique que chez le malade atteint de psychose de Korsakoff ; ce dernier garde intact le capital psychique de presque toute sa vie antérieure et il est plus obtus et plus indifférent ; tandis que l'on voit prédominer, dans la presbyophrénie, l'agitation et le bavardage des vieillards.

Le ton affectif est également très différent dans les deux cas ; on observe, en effet, chez le psycho-polynévritique, une sorte de contentement jovial, légèrement humoristique, tandis que l'on constate, chez le presbyophrénique, un état de satisfaction niaise et vide d'idées. »

La plupart des auteurs allemands, MONKEMÖLLER, SCHULTZE, ROHDE, etc., déclarent qu'on peut toujours différencier les deux syndromes ; BONHÖFFER estime également qu'il est impossible de les confondre ; et pour SOUKHANOFF, la presbyophrénie se différencie par une apparition et une évolution progressives de l'amnésie, une déchéance plus ou moins marquée de l'activité intellectuelle, une diminution plus considérable des sentiments moraux.

Comme on le voit, par ce qui précède, les Allemands ont une tendance à considérer la presbyophrénie de Wernicke comme une entité morbide distincte, absolument différente de la psychose de Korsakoff, tandis que pour l'école française, cette différence clinique n'existerait pas ; la presbyophrénie ne serait, pour M. DUPRÉ et ses élèves, qu'une forme particulière, chronique d'emblée, de la psychose de Korsakoff ; et le diagnostic différentiel serait malaisé à établir, parce que ces deux syndromes se caractérisent par de la polynévrite ; seulement, dans la presbyophrénie, la polynévrite peut passer facilement inaperçue, tandis qu'elle est constante dans la maladie de Korsakoff.

CONFUSION MENTALE. — Au point de vue du diagnostic différentiel, la presbyophrénie peut être rapprochée de la confusion mentale. Cependant il existe quelques différences notamment dans l'aspect extérieur du malade et dans les caractères particuliers des troubles psychiques. Le confus est, en général, stupide ; sa physionomie a perdu toute expression ; il est étonné, égaré ; et son regard, mobile ou vague, ne peut se fixer sur un objet : il est inerte, inexpress-

sif et trahit seulement l'incohérence de l'état mental du sujet. Il demeure étranger à tout ce qui se passe autour de lui ; il ne parle pas, et si on l'interroge, on voit qu'il fait des efforts pour élaborer une réponse ; mais ceux-ci restent stériles le plus souvent, car le malade n'arrive qu'à répéter le dernier mot ou la dernière phrase de la question.

Dans la presbyophrénie, au contraire, le facies habituellement distrait du malade se modifie ; il s'anime dès qu'on interroge l'individu, et il s'adapte facilement aux variations de l'état émotionnel. Le langage est correct, facile ; les questions sont bien comprises ; la perception des objets extérieurs est normale ; et l'attention volontaire est aisément fixée ; l'amnésie antérograde est plus ou moins accentuée, mais les souvenirs antérieurs sont intacts et facilement évoqués.

L'activité psychique du presbyophrénique est impuissante à réaliser de nouvelles associations d'idées ; mais les associations anciennes sont conservées et se reproduisent de façon normale ; enfin, le jugement présente une intégrité relative.

Le confus, au contraire, éprouve la plus grande difficulté à adapter le mot à l'idée qu'il veut exprimer ; sa parole est lente ; ses phrases sont incomplètes et incohérentes ; la perception des objets extérieurs est défectueuse ; l'attention volontaire est impossible ; l'association des idées est profondément modifiée ; l'amnésie porte à peu près également sur les faits anciens et sur les faits récents ; et le jugement fait totalement défaut.

En résumé, les caractères de l'amnésie, la conservation plus grande de la personnalité, la faculté de donner des réponses raisonnables aux questions relatives à la vie passée, sont des signes cliniques qui distinguent la presbyophrénie de la confusion mentale.

En résumé, les caractères de l'amnésie, la conservation plus grande de la personnalité, la faculté de donner des réponses raisonnables aux questions relatives à la vie passée, sont des signes cliniques qui distinguent la presbyophrénie de la confusion mentale.

DÉMENCE SÉNILE. — Dans certains cas, la presbyophrénie offre beaucoup de points de ressemblance avec la démence sénile. Cette dernière affection, qui est l'expression clinique de l'involution atrophique du système nerveux au déclin de la vie, a pour substratum anatomique l'artériosclérose des artères cérébrales, la dégénérescence graisseuse des capillaires, l'infiltration granulo-pigmentaire et l'atrophie diffuse et progressive des cellules corticales (DUPRÉ); suivant l'étendue des lésions, la démence sénile est simple ou délirante.

Dans la *démence sénile simple*, il existe un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, affectives et morales, auquel vient s'ajouter des troubles physiques plus ou moins considérables; puis les progrès de l'état démentiel se marquent par l'accentuation de l'amnésie, la perte de tous les sentiments altruistes et affectifs, le développement de l'égoïsme qui s'affirme cyniquement dans les propos, les actes, etc.

Puis, sur ce fond d'affaiblissement intellectuel, des idées délirantes peuvent naître et germer. Dans cette *forme délirante* de la démence sénile, les délires portent l'empreinte du terrain affaibli sur lequel elles évoluent; ils n'ont ni la fixité, ni la cohésion du vrai délire; ils sont multiples, fugaces, vagues, indéterminés. Le malade éprouve d'abord des idées hypocondriaques qui sont nées de la préoccupation excessive que le vieillard a pour sa santé, de l'étude anxieuse de ses infirmités physiques, de l'approche et de la crainte de la mort; puis il devient exigeant, méfiant, in-

grat et irritable; et il ne tarde pas à présenter des idées de persécution extrêmement variables; il accuse les gens de son entourage de lui en vouloir, de le voler, d'attenter à ses jours ou de l'empoisonner; plus rarement, il a des idées de grandeurs. En même temps, il se livre à des actes tout à fait désordonnés; il est turbulent, extravagant; il crie la nuit, en proie parfois à de véritables hallucinations, etc. D'une façon générale, le dément sénile est un excité ou un apathique et souvent rien ne peut le tirer de son délire ou de son apathie. Enfin, dans la démence sénile, l'amnésie prend un caractère progressif; elle se développe peu à peu et lentement et coexiste toujours avec d'autres manifestations de déchéance sénile.

DÉLIRES. — D'après DEVAUX et LOGRE, on pourrait comparer l'état morbide du presbyophrénique avec deux autres états très voisins : l'état de rêve et l'état de rêverie.

Dans le *rêve*, l'homme endormi ne communique plus avec le monde extérieur; les images externes réductrices des images internes sont supprimées; et si l'activité de l'esprit continue à s'exercer, elle est essentiellement de nature hallucinatoire et constitue le rêve proprement dit. Dans la presbyophrénie, au contraire, le sujet est assez éveillé pour percevoir les images externes réductrices des images internes; et si l'activité de l'esprit continue à s'exercer, elle ne se manifeste plus sous la forme d'hallucination, comme dans le rêve; le malade reporte son idée ou l'image qu'il s'est créée, soit dans le passé, soit dans l'avenir, et celle-ci revêt la forme d'une conception ou d'un récit imaginaires.

Dans la *rêverie*, l'individu qui est assez éveillé pour tenir compte du présent, n'est pas un halluciné, mais simplement un fabulant. D'autres faits encore prouvent l'analogie qui existe entre la rêverie et la confabulation des presbyophréniques; dans les deux cas, en effet, le sujet

associe ses idées avec aisance ; il parle avec abondance et avec une extrême facilité, quelquefois avec exubérance, et il n'est pas rare de rencontrer, chez lui, un certain degré d'euphorie ; or, cette euphorie est presque toujours liée à la suractivité des processus imaginatifs et à une légère excitation du sens affectif.

En résumé, dans la rêverie, le sujet n'est pas dupe des événements qu'il imagine ; il les rejette le plus souvent dans l'avenir, c'est-à-dire dans le domaine du possible, non du réel ; tandis que le presbyophrénique localise, de préférence, les événements dans le passé, dans le domaine du réel ; son imagination se présente à lui sous les apparences trompeuses de la mémoire et il tend à objectiver, à réaliser ses associations d'idées (DEVAUX et LOGRE).

ONIRISME. — Au milieu de ses rêves, de ses divagations, le presbyophrénique a souvent des hallucinations de la vue ou de l'ouïe qui sont liées à des troubles sensitifs et il n'est pas rare de le voir interpréter ses paresthésies. Ces interprétations sont, en général, persistantes et stéréotypées contrairement à ce qui se passe pour les autres modes d'illusions.

Vers le soir, les hallucinations et les illusions se multiplient, les cauchemars pénibles apparaissent, le délire s'accroît ; le malade devient agité et inquiet et il tend à vivre son rêve.

Dans ces troubles mentaux, on reconnaît les caractères de ce syndrome clinique qui a été signalé par BAILLARGER et LASÈGUE et que M. RÉGIS a décrit sous le nom de « *délire onirique* ». Formé par la mise en jeu de l'activité subconsciente ou inconsciente, il est constitué par des associations fortuites d'idées, par des reviviscences hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs, par des scènes de la vie familiale ou professionnelle, par des visions le plus souvent

pénibles, par des combinaisons d'évènements étranges impossibles, éminemment mobiles et changeants ou doués, au contraire, d'une certaine fixité qui impose plus ou moins à la conviction (RÉGIS).

Le délire onirique est fréquent il est ordinairement transitoire, inconsistant et très variable ; mais quelquefois il est assez tenace en durée et réalise alors la forme d' « *idée fixe postonirique* ». (DUPRÉ.)

DÉLIRE AIGU. — Le délire aigu se distingue de la forme délirante de la presbyophrénie, par la rapidité, l'acuité et l'intensité des accidents ; l'état des symptômes cérébraux domine tellement le tableau clinique que les symptômes polynévritiques sont nuls ou restent latents. Dans les deux cas, on retrouve à peu près les mêmes facteurs étiologiques ; toutefois, à l'origine du délire aigu figure rarement une affection toxique ou infectieuse déterminée ; au contraire, à l'origine de la psychopolynévrite on retrouve parfois une maladie causale assez précise ; mais c'est là une différence toute relative ; car souvent le syndrome psychopolynévritique éclate en dehors de tout antécédent morbide bien caractérisé.

Le délire aigu se reconnaît, non seulement à l'acuité, à la gravité et à la rapidité d'évolution des accidents ; mais à l'ensemble des conditions étiologiques telles que la prédisposition névropathique, l'épuisement nerveux occasionnel, etc. Le diagnostic étiologique de la presbyophrénie se posera d'après la notion des antécédents du sujet, d'après l'examen attentif de tous les organes et d'après la forme des symptômes psychiques ou polynévritiques qui mettront souvent sur la voie. (DUPRÉ.)

Dans certains cas encore, le délire des presbyophréniques présente des caractères tels qu'il ressemble, à s'y méprendre,

à un *délire alcoolique* et le diagnostic différentiel est parfois très difficile à établir. (FISCHER.)

Enfin, dans les cas où le diagnostic est hésitant, la ponction lombaire peut être utilisée; et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien donnera des indications utiles. En effet, dans les cas de psychopolynévrite vraie l'examen du liquide céphalo-rachidien est négatif; et il permet d'éliminer tous les processus de méningite (aigus ou chroniques). D'après WIDAL, l'absence d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de psychopolynévrite démontre qu'une lésion très étendue du névraxe peut ne pas irriter la pie-mère et laisser les méninges intactes.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

I. — ETIOLOGIE

L'étiologie de la presbyophrénie est encore, pour ainsi dire, peu connue; aussi sommes-nous dans l'impossibilité de donner, à cet égard, des indications précises; mais si nous nous en rapportons à l'étude des observations que nous avons pu recueillir, nous pourrions, semble-t-il, diviser les facteurs étiologiques en deux grands groupes : 1° les *causes toxi-infectieuses*; 2° l'*artériosclérose* et l'*involution sénile*.

A). — **Causes toxi-infectieuses.** — L'étude de la pathologie générale nous apprend que les intoxications aussi bien que les infections sont susceptibles d'avoir un retentissement considérable sur le système nerveux; aussi, toutes peuvent-elles favoriser le développement du syndrome psychopolynévritique.

1° INTOXICATIONS. — En tête de la liste des intoxications capables de provoquer l'éclosion de la presbyophrénie, il convient de citer l'*alcoolisme chronique* qui, sous ses différentes formes, est sans contredit, un élément étiologique des plus importants et des plus fréquemment observés. Voici un certain nombre d'observations, prises dans la littérature, et dans lesquelles, l'alcoolisme semble avoir été le point de départ de la psychose.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, Berlin et Leipzig, 1910, III, Heft 4, observ. 8).

Franz R..., âgé de 76 ans, a toujours été un fort buveur. Depuis 8 ans, crises épileptiques d'origine alcoolique et troubles de la mémoire ; irritabilité et délire alcoolique. Le malade entre à la clinique de psychiatrie de Prague, le 25 mars 1904 ; amnésie complète ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; confabulation ; euphorie ; crises épileptiques et mort dans le marasme, le 14 décembre 1904. — *Autopsie* : atrophie du cerveau avec légère dilatation ventriculaire ; épaississement des vaisseaux de la base. A l'examen microscopique, on constate, dans les lobes frontaux, de très nombreuses masses ganglionnaires en voie d'évolution, mais sans masses ; les cellules ganglionnaires sont peu altérées.

OBSERVATION

SOUKHANOFF (*Revue de Médecine*, 1897, page 317).

Il s'agit d'un homme de 63 ans, à l'esprit éveillé occupant une certaine situation. Il entre à l'asile le 17 octobre 1892. Depuis 4 ans, il ressent une grande faiblesse, est sujet à des vertiges d'origine alcoolique. Affaiblissement de la mémoire ; irritabilité ; idées bizarres ; amnésie ; réflexes rotuliens normaux ; désorientation dans le temps et dans l'espace. Passé ses journées dans l'inaction ; de temps en temps il prend un journal, mais la lecture ne lui inspire pas un intérêt aussi vif qu'on pourrait le supposer, étant donné son éducation, son esprit cultivé et sa position de rédacteur d'un grand journal. Recherche la solitude et semble ne s'intéresser à rien. N'a pas la notion des dates. Les expressions et ses gestes sont monotones, stéréotypés. Ses relations avec son entourage se nuancent suivant l'individualité des personnes. Son idéation est lente. Il manifeste peu d'activité dans sa sphère psychique et toute sa conduite porte l'empreinte d'un manque d'énergie cérébrale. Il meurt le 20 avril 1893, à la suite d'une gangrène du pied gauche.

Il faut attribuer à l'amnésie de fixation une certaine altération de la conscience. La lenteur de l'idéation et le manque d'énergie cérébrale sont survenues : 1° parce que la psychose s'est déclarée à un âge avancé ; 2° parce que ces formes de trouble mental produisent toujours une diminution du tonus psychique.

OBSERVATION

DENY et CAMUS (*Soc. de psychiat.*, Paris, 27 mai 1909).

Il s'agit d'une femme, âgée de 49 ans, alcoolique invétérée, qui présentait, au début, un syndrome de psychopolynévrite alcoolique subaigu des plus typiques : confusion mentale hallucinatoire et délirante avec amnésie, fabulation, fausses reconnaissances, agitation, anxiété, etc., associée à une polynévrite prédominante aux membres inférieurs avec paraplégie, troubles sensitifs très accentués, abolition des réflexes et atrophie musculaire.

Dix-huit mois plus tard, il y a guérison progressive de la polynévrite et amélioration de l'état psychique ; mais il persiste un état démentiel particulier : l'amnésie est complète et porte sur les faits récents et anciens ; la malade s'oriente un peu, non par souvenir, mais par attention et elle analyse ce qu'elle voit. Elle a conscience de son amnésie, mais s'inquiète fort peu de son état. Amnésie rétro-antérograde et continue, légère indifférence et diminution de l'activité générale.

OBSERVATION

DUPRÉ (E.) et CHARPENTIER (R.). — (*Encéphale*, 1909, t. IV, p. 145).

M^{me} B..., 61 ans, cuisinière, est amenée à l'infirmierie spéciale le 16 décembre 1908, sur la demande de son fils et les plaintes de ses voisins, et envoyée de là à Sainte-Anne.

Cette malade, fille d'un épileptique, cuisinière depuis l'âge de 20 ans, a toujours, depuis cette époque, fait des excès alcooliques.

D'une intelligence moyenne, elle a peu fréquenté l'école, mais savait cependant lire, écrire et compter. Mariée à 29 ans, elle eut cinq grossesses : deux n'arrivèrent pas à terme et se terminèrent par un avortement ; deux enfants moururent dans leur première année, seul un fils de 26 ans, d'apparence peu robuste, a survécu.

M^{me} B... a toujours été bizarre, entêtée, coléreuse, méfiante, jalouse, d'un caractère très difficile ; mais depuis trois ans, elle s'est mise à boire de plus en plus et les troubles ont augmenté. La nuit, elle avait des insomnies et lorsqu'elle dormait, des cauchemars terrifiants dans lesquels elle se voyait poursuivie et menacée.

Le matin, au réveil, elle présentait des pituites, et dans la journée, de l'inappétence et un tremblement généralisé.

Depuis très longtemps, au moins trois ans, difficulté de la station debout due, d'une part, à la faiblesse des membres inférieurs dans lesquels la malade avait de temps en temps des crampes et, d'autre part, à des étourdissements assez légers. Jamais M^{me} B... n'a présenté d'ictus apoplectique ou épileptiforme.

Depuis un an, la malade manifeste des idées de persécution.

Depuis dix mois, elle ne travaillait plus. Ayant été atteinte d'une grippe pour laquelle elle dut rester alitée trois jours, ses patrons, dont elle était devenue incapable de faire le service à cause de l'affaiblissement intellectuel et en particulier des troubles de la mémoire qu'elle présentait, en profitèrent pour la renvoyer. Depuis, M^{me} B... fut incapable de s'occuper.

Il y a six mois, elle se fâcha avec son fils qui était sur le point de se marier. Elle lui faisait des scènes continuelles et alla jusqu'à le menacer de le vitrioler ainsi que sa fiancée et de se jeter ensuite dans la Seine. Depuis lors, elle habita seule et en profita pour continuer de boire ce qui aggrava son état.

A son arrivée à l'infirmerie : état d'alcoolisme subaigu léger, incohérence des idées, désordre des actes, excitation et anxiété par intervalles, insomnie avec turbulence, hallucinations visuelles terrifiantes, fausses reconnaissances. Cet état subaigu s'atténue les jours suivants et disparaît assez rapidement. L'affaiblissement intellectuel à prédominance marquée sur la mémoire et surtout sur la mémoire de fixation est manifeste et relativement conscient. Désorientation complète dans le temps et dans l'espace : M^{me} B... ignore le jour, le mois et l'année où nous vivons, mais se souvient de la date de sa naissance. Elle se trompe dans quelques additions à deux chiffres, dans toutes les soustractions même les plus simples et se tire plus ou moins bien des multiplications élémentaires. La malade qui faisait ces calculs très facilement autrefois, se rend compte de la difficulté qu'ils présentent pour elle aujourd'hui.

La mémoire d'évocation est relativement mieux conservée que la mémoire de fixation, mais lorsqu'elle fait défaut, M^{me} B... y supplée par de la fabulation. Ce symptôme, qui domine chez elle se reproduit constamment et reste aussi marqué un mois après son admission à l'asile, qu'au premier jour.

En outre, elle présente des fausses reconnaissances très nombreuses vis-à-vis des personnes et des choses. Cette association de la fabulation et de la paramnésie donne aux conversations de

la malade, un caractère tout particulier d'absurdité paradoxale.

Il n'existe plus d'hallucinations, pas d'idées délirantes. Actuellement, M^{me} B... est calme, ni hypocondriaque, ni mélancolique, ni persécutée, ni ambitieuse.

Mais l'affaiblissement intellectuel, joint à la faiblesse des membres inférieurs, rendent la malade inapte à toute occupation.

Etat physique. — Démarche lente, difficile. Léger steppage. Atrophie musculaire diffuse des membres inférieurs. Fatigue rapide à la station debout immobile. Les réflexes cutanés plantaires sont normaux et se font en flexion. Il n'existe pas de signe de Babinski.

À la pression, la sensibilité musculaire est vive et douloureuse. Il n'y a pas de trouble marqué de la sensibilité cutanée au tact ou à la douleur, ni de la sensibilité thermique.

Depuis au moins trois ans, troubles de la démarche, impossibilité de la station debout et crampes dans les membres inférieurs.

Aucun trouble moteur sensitif, ni réflexe aux membres supérieurs. La langue est normale, droite, non déviée. Les pupilles sont légèrement inégales, mais régulières. Elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Quelques râles de congestion aux bases pulmonaires. Pouls petit, rapide. L'appétit est bon. Pas de troubles digestifs.

Subictère de la peau et des conjonctives. Foie^e petit, large de trois à quatre travers de doigt, rate un peu grosse. Pas d'ascite. Traces de glucose, d'urobiline et faibles quantités d'indican dans les urines.

Albumo-diagnostic et cytodiagnostics du liquide céphalo-rachidien négatifs.

Cette observation est intéressante à cause de la multiplicité des facteurs étiologiques ; il s'agit, en effet, d'une femme qui, avec des signes d'alcoolisme chronique et de débilité mentale auxquels venait s'adjoindre une phlébite des membres inférieurs, présenta, à l'occasion d'une grippe, les troubles mentaux qui la conduisirent à l'asile.

OBSERVATION

HAMEL (J.) (*Rev. de Psychiat. et Psychol. exp.*, janvier 1911, n° 1).

M^{me} Fer..., âgée de 82 ans, est entrée à l'asile de Villejuif, le 26 juin 1909, avec le diagnostic : affaiblissement sénile des facultés intellectuelles.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents personnels. Deux ans avant le début de sa maladie, elle s'adonnait à la boisson. Hospitalisée à Villers-Coterets, elle devint turbulente et perdit la mémoire, ce qui motiva son internement.

Etat actuel. — Fer... a une tenue correcte, une mise décente, son abord est très avenant, elle est aimable. De temps à autre cherche à sortir. La nuit, elle est quelquefois agitée.

Désorientation. — La malade ignore l'année, le mois et le jour actuels. Elle sait qu'elle est à Villejuif, mais ne peut dire dans quel genre d'établissement. Reconnaît les médecins, se souvient qu'elle est à l'Asile depuis un an, mais ne dit pas exactement son âge.

La mémoire des faits anciens est perdue pour une période fort étendue, mais elle sait exactement le lieu et la date de sa naissance, l'époque de son mariage, les circonstances de la mort de son mari, survenue 10 ans auparavant. Elle connaît également l'âge des trois enfants qui lui restent. La mémoire des faits récents est plus compromise, le pouvoir de fixation étant très faible. Cependant, la malade se souvient de quelques faits qui se sont passés la veille et même l'avant-veille.

Fabulation énorme et spontanée pour combler les lacunes de sa mémoire. Fausses reconnaissances.

Quoique M^{me} Fer... n'ait reçu qu'une très faible instruction, elle a conservé de bonnes notions de calcul.

Le raisonnement est intact, le jugement peu diminué et le gros bon sens parfaitement conservé. Le sens moral est également intact.

Au point de vue physique, Fer... est en parfaite santé. Le cœur est sain, les artères relativement souples. L'urine ne contient pas d'albumine. Les réflexes tendineux sont normaux, la sensibilité est indemne. Ni atrophie ou faiblesse musculaire, ni trouble de la motilité.

Réflexes oculaires normaux.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 15).

Wenzel B..., âgé de 65 ans, alcoolique, entre à la clinique le 6 janvier 1910. Troubles de la mémoire ; paraphasie sensorielle ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; confabulation ; mort de pneumonie, le 10 janvier 1910. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau sans épaissement des méninges ; épaissement et calcification partielle des vaisseaux de la base ; quelques petits foyers de ramollissement dans le noyau lenticulaire droit ; foyer de ramollissement dans la moitié droite du pont de Varole. Au microscope : masses ganglionnaires, en nombre modéré, aux différents stades d'évolution ; quelques massues ; altération considérable des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 83).

Jean F..., âgé de 51 ans, alcoolique ; affaiblissement intellectuel ; troubles de la mémoire ; présente tous les caractères de la démence alcoolique avec des signes manifestes d'alcoolisme chronique.

Après l'alcoolisme, il convient encore de citer les *intoxications chroniques*, d'origine exogène, telles que les *intoxications médicamenteuses ou professionnelles* : empoisonnement par l'oxyde de carbone, le sulfure de carbone, l'arsenic, le plomb, le mercure, etc. Jusqu'à ce jour, il n'existe pas encore de cas de presbyophrénie où ces facteurs étiologiques puissent être incriminés.

Enfin on peut encore mentionner les *auto-intoxications* dues en général à des troubles de la nutrition et reconnaissant pour cause une insuffisance hépatique ou une insuffisance rénale, une dyscrasie diabétique ou la cachexie cancéreuse.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 17).

Marie N..., âgée de 88 ans, entre le 12 octobre 1907 ; amnésie presque totale ; désorientation ; agitation ; mort, le 24 octobre 1907, de plegmon du bras. — *Autopsie* : endartérite chronique liée à un mal de Bright chronique. Atrophie considérable du cerveau avec dilatation des ventricules. Sous le microscope, on trouve un certain nombre de masses ganglionnaires aux différents stades du début et avec de nombreux foyers d'infiltration ; pas de masses ; graves altérations des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 29).

Joseph Z..., âgé de 76 ans, entre à la clinique le 30 septembre 1909 ; troubles partiels de la mémoire (il donne parfaitement son âge) ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; mort de broncho-pneumonie et de néphrite chronique, le 19 octobre 1909. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau avec dilatation ventriculaire et friabilité des vaisseaux de la base ; nombreuses masses ganglionnaires aux premières phases de leur évolution et, par endroits, infiltration fibrillaire ; pas de masses ; altérations très graves des cellules ganglionnaires.

2° INFECTIONS. — Toutes les maladies infectieuses peuvent se trouver à l'origine des troubles psychiques qui aboutissent à la presbyophrénie.

La grippe peut être le point de départ des accidents qui vont faire éclore les troubles mentaux ; c'est ce qui s'est produit dans le cas de la malade de MM. Dupré et Charpentier que nous avons relaté plus haut et dont l'étiologie est si complexe (observation page 73).

La fièvre typhoïde est incriminée dans un certain nombre de cas, tels que ceux de Montkemöller et de Hamel.

OBSERVATION

MONKEMÖLLER (*Allgem. Ztschr. f. Psychiat.*, 1898, LIV, observ. 21).

Charles Sch..., doreur, âgé de 66 ans, présente des troubles mentaux depuis 30 ans. Etant, en 1865, à Copenhague, il fut soigné pour le typhus à la suite duquel il eut un dérangement cérébral. En 1890, ce malade entre à l'hôpital de la Charité, avec des troubles de la mémoire pour les faits postérieurs à 1865. Désorientation dans le temps et dans l'espace. Fracture de la jambe gauche en 1894. Artériosclérose. Interrogé sur certaines questions, le malade répond exactement, tandis qu'il oublie immédiatement les nombres que l'on vient de lui dire. Faux souvenirs pour tout ce qui s'est passé depuis son typhus et impuissance absolue à enregistrer toutes les impressions nouvelles. Fabulation et légère euphorie. Pas d'alcoolisme. Pas d'amélioration.

OBSERVATION

HAMEL (J.) (*Rev. de Psychiatrie et de Psychologie exp.*, janvier 1911, n° 1).

Il s'agit d'une femme de 77 ans qui présente le tableau clinique complet de la presbyophrénie. Cette malade, M^{me} Lal..., est entrée à l'asile de Villejuif, le 22 juillet 1910, avec le diagnostic de démence sénile.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents personnels ; à 65 ans, fièvre typhoïde ayant laissé des troubles de la mémoire. Dans ces dernières années, l'affaiblissement intellectuel augmenta progressivement et il y a deux ans, Lal... fut placée dans une maison de retraite. C'est de là qu'elle vint à l'asile, pour agitation nocturne.

A l'examen, la malade offre l'aspect si caractéristique de la presbyophrénique. Toujours aimable et avenante, elle reçoit ses visiteurs d'une façon charmante. Elle répond avec empressement aux questions qui lui sont posées et y ajoute une foule de détails imaginaires. Sa bonne humeur est inaltérable. La nuit, elle est parfois turbulente.

Désorientation absolument complète. M^{me} Lal... ne se souvient plus de son âge ni de celui des siens. Tendance à se rajeunir. Ignore l'endroit où elle se trouve.

La mémoire d'évocation, en ce qui concerne les faits récents,

est absolument abolie et fort compromise pour les souvenirs anciens. Les seuls faits précis que puisse nous citer Lal... sont le lieu et la date de sa naissance.

La mémoire de fixation fait totalement défaut : M^{me} Lal... oublie aussitôt les questions qui lui sont posées et les réponses qu'elle y a faites. Commence une phrase pour s'égarer sur une autre voie. Cette amnésie énorme est entretenue par un très gros déficit de l'attention volontaire.

Fabulation très active, spontanée participant de la confusion très accentuée que présente la malade. Récits très décousus sans être jamais absurdes. Les associations se font sans direction.

Les fausses reconnaissances sont fréquentes. Lal... a une notion de l'heure, de la saison, basée sur des raisonnements exacts, mais elle commet des erreurs chronologiques monstrueuses.

Par suite du trouble de l'attention, le gros bon sens peut, parfois, être pris en défaut si l'on répète la même question, la malade rectifie les propositions erronées en riant très malicieusement.

Malgré une solide instruction, M^{me} Lal... n'a conservé aucune notion de calcul.

Etat physique : Léger amaigrissement. Cœur mou, intermittences. Artério-sclérose généralisée.

Réflexes patellaires et achilléens normaux. Aucun trouble de la sensibilité.

Réflexes oculaires normaux.

Deux mois après son entrée, l'affaiblissement intellectuel de la malade a augmenté ; de plus, elle présente une agraphie et une alexie totales. Paraphasie s'étendant à tous les substantifs désignant des objets concrets. Ajoutée à la confusion, au trouble de l'attention volontaire, l'aphasie explique l'affaiblissement en apparence très profond des facultés syllogistiques.

Etat physique satisfaisant. Pas d'albumine. Réflexes normaux. A aucun moment, la malade n'a présenté de troubles moteurs ou sensitifs.

La *tuberculose* peut également favoriser l'apparition du syndrome psychopolynévritique, ainsi que semblent le démontrer les quelques cas suivants :

OBSERVATION

ROSE et BENON (*L'Encéphale*, IV, 1909, p. 567).

M^{lle} L..., femme F..., 66 ans, ancienne couturière, entre à l'asile, en avril 1909. Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Dans son enfance, la malade, grande, maigre, était anémique. Elle ne fut réglée qu'à 19 ans.

En 1900, F... présente des accidents de tuberculose osseuse, notamment au bras gauche, qui persistent encore actuellement.

Depuis des années elle se livrait à des excès considérables de boissons.

Histoire de la maladie. — Il nous a été difficile de reconstituer le début de l'affection de la malade ; il semble, d'après les renseignements fournis par une personne de son entourage, que les premiers symptômes de la maladie actuelle remontent à 1900-1901. A cette époque, elle avait des troubles de la mémoire, des oublis, des absences, pour les choses et les faits récents ; mais à cette époque, elle se rappelait bien le passé. Elle n'eut pas d'ictus et ne fut jamais paralysée, ni hémiplegique, ni paraplégique.

Elle eut des épistaxis abondantes, qui durèrent près de trois mois, vers 1902-1903.

Elle buvait énormément d'alcool : vin, eaux-de-vie, liqueurs, apéritifs, etc. Elle entraînait son mari au café. La nuit, elle avait des cauchemars avec peurs, zoopsies, etc. ; le jour même, parfois, elle croyait que les gens venaient pour la tuer. Elle se plaignait de crampes, céphalée, étourdissements, fourmillements, pituites, tremblements, etc. Elle était très jalouse.

Déjà, en 1904-1905, les troubles de la mémoire, l'*amnésie de fixation* surtout étaient très marqués. Elle ne reconnaissait plus personne, sauf son mari. Faisait des récits imaginaires.

Etat actuel, le 1^{er} mai 1909 : La malade nous dit son nom, son prénom, sa profession, les noms de son mari, sa qualité de veuve. Elle épelle exactement le nom de son mari, assez difficile à retenir. Orientation dans le temps et dans l'espace très défec-tueuse.

Questionnée sur ses antécédents héréditaires et personnels, la malade donne des renseignements exacts. Elle hésite à préciser les dates mais les faits, sans être localisés, restent exacts. Si elle se trompe, elle rectifie spontanément, à condition de lui donner le temps de la réflexion. Elle se rend compte de son état ma-

ladif actuel et déplore la perte de sa mémoire. Elle écrit et lit correctement. Elle calcule avec difficulté, mais arrive souvent à un bon résultat. Les notions d'histoire et de géographie sont peu étendues, mais elle n'a reçu qu'une faible instruction et, d'autre part, elle les évoquait rarement. Elle est capable d'exécuter des ordres compliqués sans se tromper. Elle n'offre ni idées délirantes ni troubles psycho-sensoriels. Elle n'a pas de sensiblerie. Son émotivité, à l'examen, est normale. Elle accepte la situation qui lui est faite sans protester. Dans le service, elle ne travaille pas, mais elle est aimable, polie, correcte, ordonnée. Mais elle se perd dans les couloirs, ne retrouve pas son lit.

Examen physique : La marche, un peu hésitante, reste bonne ; il n'y a pas trace d'hémiplégie. Les réflexes patellaires sont normaux. Les pupilles inégales réagissent bien à la lumière. D'une manière générale, les masses musculaires, les troncs nerveux sont hyperesthésiques.

Elle accuse, au sujet de l'alcoolisme chronique, des cauchemars, avec zoopsies, des peurs nocturnes, des soubresauts, des crampes, des étourdissements, des fourmillements, des tremblements.

Les artères sont dures, légèrement artérioscléreuses.

La malade a un gérontoxon bilatéral.

OBSERVATION

TRÉNEL et LIBERT (*Société Clinique de Méd. Ment.*, 18 juillet 1910, p. 258).

Il est question d'une dame N..., âgée de 70 ans, entrée le 2 juin 1910, à l'asile de Maison-Blanche.

Pas d'antécédents héréditaires. A eu un enfant avant son premier mariage et une fausse couche un an après. A eu un coup de sang, il y a 12 ans, a été trois fois malade et a failli perdre la vue. S'est cependant rétablie. Depuis longtemps, N... a éprouvé quelques vertiges dûs à une affection de l'oreille gauche avec perforation du tympan : ces vertiges la prenaient plusieurs fois par jour et elle était obligée de se tenir aux meubles.

Mariée une première fois à un homme qui mourut tuberculeux ; s'est remariée il y a deux ans. Depuis un an, troubles digestifs, vomissements durant plusieurs heures. Depuis plusieurs mois, modifications de caractère qui se traduisent par des scènes de jalousie, des colères ; s'agite jour et nuit et accuse son

mari de l'empoisonner. Cherche à se venger de ce dernier et le menace de lui arracher les yeux avec des ciseaux. Saccage tout autour d'elle.

Depuis un an, N... marche difficilement. Sa parole est embarrassée depuis 4 à 5 mois ; de plus, elle a des grincements de dents, souvent, sa mâchoire tremble. Est atteinte d'exophtalmie depuis deux mois ; quelquefois, se plaint de battements de cœur.

La malade est très accueillante, souriante et semble très satisfaite d'elle-même. Au point de vue de la mémoire, elle ne se rappelle qu'avec effort et incertitude son adresse, sait dire son âge, la date de sa naissance, mais n'arrive pas à dire la date actuelle : elle fait, pour y arriver, un calcul faux. Elle se rappelle avec effort les gros événements, la Révolution de 1848, la guerre de 1870, la mort de Carnot, mais se croit mariée depuis 7 ans au lieu de 2 et oublie l'époque à laquelle elle est entrée à l'asile et la visite récente de son mari.

L'affaiblissement intellectuel est quelque peu fragmentaire. De nombreux souvenirs persistent avec une grande netteté, d'autres sont inexacts et des fautes grossières sont commises sur des souvenirs élémentaires.

L'attention est parfois difficile à fixer, mais néanmoins on obtient assez facilement des réponses acceptables. Des épreuves de calcul sont très fautives.

Comme signes physiques : tremblement fibrillaire de la langue des plus accentués, de la face, des mains.

Réflexes tendineux un peu forts. Réflexes plantaires en flexion. Sensibilité très obtuse.

Pupilles $D > G$. Réaction lumineuse presque nulle à gauche, faible à droite.

A l'ouverture de l'œil, légère contraction suivie d'une dilatation (mouvement accommodatif).

La parole est trémulante. Il y a achoppement très net. Pas de troubles aphasiques. L'écriture est extrêmement tremblée.

Il y a parésie des membres inférieurs, mais pas de signe hémiplégique. La ponction lombaire donne un liquide clair, sous faible pression. La lymphocytose est forte. La réaction de Wassermann est négative. Ce cas présente des caractères particuliers : à côté des signes physiques et de la lymphocytose positive, les signes mentaux ont bien des points communs avec la presbyophrénie. L'euphorie, assez paralytique, a, en même temps, un peu la teinte d'aménité des presbyophréniques. Elle ne fabule pas à vrai dire, mais a un certain degré d'amnésie continue.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 88).

François K..., âgé de 60 ans, alcoolique ; troubles de la mémoire ; légère confabulation ; jugement très atteint ; agitation avec hallucinations et idées délirantes ; mort au bout de quatre jours. — *Autopsie* : rien d'anormal dans les viscères ; méningite tuberculeuse typique.

Les autres infections telles que : la *fièvre puerpérale*, le *paludisme*, la *pyohémie*, les *septicémies*, peuvent également figurer parmi les causes occasionnelles de la presbyophrénie. Le cas suivant semble en être une preuve.

OBSERVATION

BOLTEN (*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, Amsterdam, 1906, II, 1460-1466).

Il s'agit d'un homme, âgé de 72 ans, issue d'une famille héréditairement tarée, dans laquelle on observa des cas de névroses et de folies. Comme antécédents personnels, le malade eut une méningite à l'âge de 6 ans. Les troubles mentaux commencent à apparaître en septembre 1902 ; le malade devient anxieux ; la nuit, il a des insomnies et des hallucinations visuelles et auditives ; puis surviennent des troubles de la mémoire : amnésie rétrograde et amnésie de fixation, de la désorientation dans le temps et dans l'espace en même temps qu'on observe de la confabulation. Troubles moteurs avec ataxie et signe de Romberg ; pas de contractions ; pas de parésies ; pas de paralysies. Troubles sensitifs ; exagération des réflexes et signe de Babinski ; dermatographie. Pas de stigmates d'hystérie ni de neurasthénie. Délire surtout nocturne. Légère artériosclérose, guérison au bout de quelques mois.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 73).

Catherine Br..., âgée de 66 ans, est admise à la clinique de

psychiatrie de Prague, le 18 juillet 1908 ; elle présente depuis huit semaines des troubles de l'intelligence et de la mémoire ; désorientation complète ; anxiété ; très accentuée et insomnie. Le 28 septembre, phlegmon de l'avant-bras avec fièvre ; aggravation des troubles mentaux ; folie circulaire depuis le 15 novembre ; état maniaque avec confabulation. Mort dans le marasme le 12 décembre 1908. — A l'autopsie, on trouva, en faisant l'examen microscopique du cerveau, une altération considérable des cellules nerveuses, comme cela se produit habituellement dans les processus septiques.

A propos de ce cas, FISCHER fait observer que l'état mental avec confabulation s'est développé à la suite de la fièvre septique occasionnée par le phlegmon.

B). — **Hérédité.** — En général, les infections n'agissent, d'une façon efficace, sur le système nerveux qu'autant qu'elles s'exercent sur un terrain prédisposé. La prédisposition peut être acquise ; mais le plus souvent, elle est presque toujours le fruit de l'hérédité (RAYMOND).

Pour FISCHER, l'hérédité semblerait ne jouer aucun rôle dans l'étiologie de la presbyophrénie ; il cite bien deux observations de malades dont l'anamnèse est héréditairement très chargée ; mais il attribue plutôt les troubles observés à de l'artériosclérose et il estime que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'affirmer que l'hérédité puisse jouer un rôle capital dans la production de la psychose polynévritique. Voici d'ailleurs ses deux observations :

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 108).

Franciska Pr..., âgée de 70 ans, entre à la clinique le 30 octobre 1904. Issue d'une famille de dégénérés, elle a un frère, une sœur, trois neveux et un fils qui sont atteints d'affections mentales ; peu intelligente, elle présente de la débilité mentale ;

idées de grandeurs. Au moment de son admission, pas de désorientation ; confabulation ; euphorie. — En septembre 1906, troubles graves de la mémoire ; désorientation ; confabulation ; parfois euphorie ; et idées de persécution. — En juin 1907, amnésie complète ; confabulation ; fausses reconnaissances ; désorientation totale dans le temps et dans l'espace. — Même état, un an plus tard. — Mort, le 2 février 1909, dans le marasme. — *Autopsie* : le cerveau est très atrophié ; l'atrophie siège à peu près également dans les deux hémisphères, bien qu'elle soit un peu plus accentuée à droite ; elle intéresse tous les lobes frontaux et le tiers antérieur des lobes temporaux ; à droite, elle atteint également une partie du lobe occipital ; dilatation ventriculaire considérable ; léger épaissement des méninges ; par places, épaissement et induration des vaisseaux de la base (artériosclérose des artères de la corticalité). Atrophie énorme du tissu nerveux avec prolifération relativement minime de la névroglie. Pas de lésions inflammatoires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 109).

Joseph P..., âgé de 68 ans, est admis le 7 janvier 1909. Antécédents héréditaires très chargés : il eut son grand-père, son père, une sœur, un neveu, deux cousins et une cousine qui furent atteints de troubles mentaux ; lui-même présente de la démence depuis 6 ans. Amnésie très accentuée ; confabulation ; désorientation complète dans le temps et dans l'espace ; insomnie ; pas de délire. Mort de broncho-pneumonie, le 23 juillet 1909. — *Autopsie* : atrophie considérable du cerveau, portant davantage sur l'hémisphère droit, dilatation très grande des ventricules. Au microscope, disparition énorme du tissu nerveux avec prolifération très intense de la névroglie. Pas d'altérations notables des vaisseaux ni de lésions inflammatoires ; dégénérescence « spongieuse » de l'écorce cérébrale.

C'est sur ces deux observations que FISCHER s'appuie pour dire qu'il est nécessaire de faire de nouvelles recherches avant de pouvoir affirmer que l'hérédité est capable de jouer un grand rôle dans l'étiologie de la presbyophrénie.

En définitive, nous pensons que l'hérédité psychonévro-

pathique doit être rangée parmi les causes prédisposantes, et que le *sexe* n'y est pas absolument étranger ; il s'agit, en effet, le plus souvent, de femmes, à hérédité plus ou moins chargée, fatiguées par le surmenage ou l'inanition ou affaiblies par une infection aiguë ou chronique (grippe, fièvre typhoïde, tuberculose, etc.) ou par une intoxication (alcoolisme) et qui, à l'occasion de ces troubles, voient survenir les symptômes aboutissant ultérieurement à la démence sénile.

C). — **Sénilité et Artériosclérose.** -- Lorsqu'à l'origine de la presbyophrénie, on ne trouve aucun phénomène toxique ou infectieux capable d'expliquer l'apparition de cette psychose, il ne faut pas négliger de considérer l'*involution sénile* comme responsable des phénomènes morbides observés ; et l'on doit rechercher si l'*artériosclérose* n'en est pas le principal facteur étiologique. FISCHER attache une grande importance à cette affection qui s'accompagne aussi, fréquemment, d'un cortège symptomatique inhérent aux lésions qu'elle détermine ; et les faits, publiés jusqu'à ce jour, semblent donner quelque valeur à cette assertion.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, Berlin u. Leipzig, 1910, III, Heft 4, observ. X).

Jacob T..., âgé de 66 ans, entre à la clinique le 30 avril 1908 ; troubles de la mémoire depuis deux ans (amnésie rétrograde et entérograde) ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; aphasia amnésique et légère paraphasie (avril 1908) ; confabulation (juin 1908) ; agitation et idées délirantes ; mort dans le marasme, le 4 octobre 1908. — *Autopsie* : artériosclérose généralisée ; atrophie cérébrale et dilatation des ventricules ; léger épaississement des vaisseaux de la base ; foyer d'hémorragie récente dans la substance médullaire du lobe frontal droit. Au microscope, on voit des masses ganglionnaires à évolution assez avancée (stade rayonné) et quelques massues. Légère altération des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 19).

Jean F..., âgé de 68 ans, entre à la clinique de psychiatrie, le 7 septembre 1908. Démence sénile ayant débuté, il y a cinq ans, et bientôt suivie de troubles progressifs de la parole, de nature sensorielle ; troubles de la mémoire ; alexie, agraphie et apraxie idéative ; désorientation ; la nuit, agitation et idées délirantes ; mort de pneumonie, le 4 octobre 1908. *Autopsie* : lésions avancées d'artériosclérose et pneumonie lobulaire du poumon droit ; atrophie cérébrale très nette avec légère dilatation ventriculaire, et faible épaissement des vaisseaux de la base. Le microscope révèle l'existence de grosses masses ganglionnaires, en nombre colossal, et ayant atteint la forme radiée avec de nombreuses massues ; altérations graves des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 102).

Hubert A..., âgé de 62 ans, entre le 2 décembre 1904 ; amnésie de fixation ; légère désorientation ; troubles de la parole ; parésie faciale et hémianopsie droite ; plus tard, confabulation ; mort, des suites d'un phlegmon, le 12 mai 1905. — *Autopsie* : légère atrophie du cerveau avec épaissement méningé ; plusieurs foyers de ramollissement de tout le lobe occipital gauche et de la circonvolution de Broca ; petits foyers analogues dans le lobe pariétal droit. Pas de lésions de paralysie.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 103).

Wilhelm Ascher, âgé de 61 ans, entre le 12 janvier 1905 ; pas d'antécédents héréditaires ; diabète depuis 15 ans ; depuis 7 mois, affaiblissement progressif de la jambe droite ; apoplexie droite, il y a 6 mois, avec aphasie sensorielle et écholalie consécutive. Agitation ; troubles de la mémoire ; mort le 22 janvier 1905. — *Autopsie* : atrophie cérébrale avec dégénérescence kystique dans la substance blanche des deux hémisphères. Artériosclérose des vaisseaux cérébraux.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 106).

Marguerite St..., âgée de 72 ans, entre à la clinique le 16 juillet 1907 ; pas d'antécédents ; amnésie avec troubles de la mémoire de fixation ; confabulation ; désorientation ; fausses reconnaissances ; hémiplegie gauche sans altérations de la sensibilité de la main du même côté ; hémianopsie ; mort, le 26 juillet 1907, d'infection due à une lymphangite de la jambe, consécutive à une plaie de grattage. — *Autopsie* : atrophie généralisée du cerveau ; foyers multiples de ramollissement dans l'hémisphère gauche de tout le lobe occipital, du gyrus supramarginalis et de la partie supérieure de la troisième circonvolution temporale.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 107).

Pauline K..., âgée de 67 ans, est admise le 3 septembre 1908 ; troubles très accentués de la mémoire ; intégrité partielle du jugement ; euphorie ; amnésie considérable ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; confabulation ; fausses reconnaissances ; signes d'aphasie motrice ; mort, le 7 avril 1909. — *Autopsie* : épaississement méningé ; nombreux foyers de ramollissements et de sclérose de la substance cérébrale jusqu'à une profondeur de 2 à 3 millimètres ; les mêmes lésions se retrouvent au niveau du plancher du quatrième ventricule et des pédoncules cérébraux.

OBSERVATION

HAMEL (*Rev. de Psychiat. et Psychol. exp.*, janvier 1911, n° 1).

M^{me} Tel..., 81 ans, est entrée à l'asile de Villejuif, le 16 mars 1908, avec le diagnostic : démence sénile.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. La maladie actuelle a débuté lentement, par une perte progressive de la mémoire. Apparition d'un ictus avec hémiplegie droite et paraphasie : ces troubles ont disparu en quelques jours sans laisser de trace. Pas d'excès alcooliques ni d'intoxication professionnelle.

Etat actuel. — Voûtée, marche avec peine, souvent assise. Répond correctement aux questions qui lui sont posées.

Désorientation profonde, erreurs énormes dans l'ordre chronologique. Perte, pour une période très longue, de la mémoire des faits anciens. Abolition complète de la mémoire de fixation. Fabulation très peu prononcée mais existant néanmoins. Déficit de l'attention. A perdu les notions courantes, mais effectue bien les calculs qui lui sont donnés. Il est vrai que l'automatisme mental suffirait à expliquer l'exactitude de ces réponses.

Etat physique. — Sclérose artérielle. Légère albuminurie. Aucun trouble moteur : réflexes tendineux normaux, ni Babinski ni clonus du pied. Sensibilité morale. Réflexes oculaires normaux.

La percussion des tendons rotuliens et des tendons d'Achille, n'amène que de rares et très faibles contractions qu'on sent plus qu'on ne les voit. Réflexes cutanés normaux. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion. Pas de signe de Babinski.

La sensibilité est normale. Diminution de la sensibilité thermique à la région antéro-externe des deux jambes ; elle est normale au-dessus du genou.

Quelques troubles trophiques unguéaux aux membres inférieurs. Pupilles égales et régulières. Réaction lumineuse lente et faible à droite, normale à gauche. Réaction accommodative normale des deux côtés. Appareil respiratoire = Emphysème pulmonaire.

Appareil circulatoire = Pouls 72, régulier. — Tension artérielle = 16 — Cœur normal.

Appareil digestif = Foie petit, subictère des conjonctives.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires. La ménopause a eu lieu il y a près de six ans. La ponction lombaire laisse écouler un liquide limpide légèrement hypertendu. L'albumo-diagnostic et le cyto-diagnostic sont négatifs.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 70 ans d'un cancer à l'estomac. Sur trois sœurs, deux sont mortes d'un cancer au sein. Une tante, âgée de 70 ans, aurait été internée à Sainte-Anne.

Antécédents personnels. — Rien à noter dans l'enfance. M^{me} O., intelligence peu développée, se maria à 18 ans et eut une petite fille, actuellement mariée et mère de famille. A la suite de cette couche, notre malade eut une phlébite et resta couchée pendant huit mois. Eut trois autres enfants dont l'un mourut en nourrice, l'autre à huit mois de convulsions et le troisième bien

portant, aujourd'hui âgé de 28 ans, marié et père d'un bébé de 22 mois.

A l'exemple et sur les conseils de son mari, M^{me} O... prit l'habitude des boissons alcooliques, particulièrement du rhum.

Pendant l'hiver de 1897-1898, la malade, alors âgée de 43 ans, eut une grippe grave qui dura deux mois. A cette occasion, elle eut du délire à redoublement nocturne, présenta du gâtisme intermittent, eut des illusions de fausse reconnaissance et dut être conduite à la Salpêtrière.

Depuis sa phlébite, M. O... se fatiguait facilement en marchant ; à la suite de cette grippe, elle eut des douleurs violentes dans les membres inférieurs, des crampes et de l'impossibilité de la marche. Elle resta alitée huit mois, avec ces douleurs, cette impotence, du gonflement et de la cyanose des jambes. En outre, à la même époque, elle eut, à plusieurs reprises, des vertiges, des crises de nerfs suivies de perte de connaissance.

L'état de délire et d'excitation se calma peu à peu, mais la malade demeura affaiblie, confuse, désorientée et désordonnée dans ses actes. — Etat stationnaire depuis plusieurs années.

Cette observation est intéressante, non seulement par le passage à la chronicité d'une psychopolynévrite aiguë, mais encore par la multiplicité des facteurs étiologiques. En effet, chez cette femme, atteinte de débilité mentale et d'alcoolisme chronique qui avait eu antérieurement, une phlébite des membres inférieurs, le système nerveux, central et périphérique, se trouvait en état de moindre résistance et l'infection grippale devait fatalement déterminer des troubles du côté de ces organes, et favoriser l'éclosion d'une polynévrite des membres inférieurs et d'une confusion mentale hallucinatoire et délirante évoluant vers la psychopolynévrite chronique.

D). — **Autres causes.** — Enfin, il existe des cas où la psychopolynévrite a pu se développer dans des conditions étiologiques absolument inconnues sans que les facteurs toxi-infectieux ou l'artériosclérose puissent entrer en ligne de compte. L'enquête anamnestique est alors négative, et

le problème de l'origine du syndrome demeure insoluble. (DUPRÉ.)

II. — PATHOGENIE

La pathogénie a été diversement interprétée et a donné lieu à un certain nombre de théories :

1° **Théorie toxi-infectieuse.** — Suivant KORSAKOFF, le système serait lésé par certaines ptomaines ou leucomaines qui sont venues du dehors ou qui se sont développées dans l'organisme lui-même ; et l'alcoolisme ne ferait que favoriser l'action nocive de ces poisons sur le système nerveux.

Raymond (1) combat cette hypothèse et il estime qu'à côté de l'origine infectieuse il faut faire une large place à l'intoxication. « Nous connaissons bien les modifications de structure, les altérations organiques que les poisons tels que l'alcool, le plomb, l'arsenic, le mercure exercent sur les tissus en général, et sur le tissu nerveux en particulier. Qu'avons-nous besoin de faire intervenir des toxines hypothétiques pour expliquer les psychopolynévrites consécutifs aux intoxications par ces agents chimiques. »

Pour SOUKHANOFF, l'affection est provoquée par une auto-intoxication de l'organisme ; elle est l'expression d'une réaction particulière de cet organisme en présence d'une quantité très grande d'éléments toxiques circulant dans le torrent circulatoire. Ces poisons, d'origine exogène ou endogène, agissent soit directement, soit indirectement, par les adaltérations des humeurs, secondaires aux lésions organiques qu'ils provoquent. Les dégénérescences d'origine toxique, intéressant l'estomac, l'intestin, le foie, les reins, aboutissent à des insuffisances viscérales qui sont autant de causes et de sources d'intoxications.

(1) RAYMOND. Leçons sur les maladies du système nerveux. (Paris, in-8°, tome II, p. 171.)

2° **Théorie de l'atteinte bipolaire du système nerveux.** —

Jusqu'à ces derniers temps, on avait coutume de rattacher la presbyophrénie aux simples modifications séniles du cortex ; mais, d'après les résultats qu'il a obtenus dans ses recherches, M. DUPRÉ pense qu'il s'agit, au contraire, d'une « atteinte bipolaire » du système nerveux par une infection ou une intoxication d'origine externe ou interne.

D'après cet auteur (1), la *prédisposition psychonévropathique*, héréditaire ou acquise, semble être une des conditions les plus importantes du développement de l'affection ; et elle explique, non pas les lésions qui sont d'ordre toxique, mais les réactions cliniques des neurones, troublés dans leur fonctionnement et leur nutrition par l'empoisonnement des humeurs ; aussi, chez tous les malades profondément intoxiqués, constate-t-on souvent, à l'autopsie, des lésions dégénératives de polynévrite parenchymateuse, dont aucun symptôme n'a, cependant, révélé l'existence pendant la vie. Ces névrites latentes, de même que les cellulites latentes des éléments ganglionnaires de l'écorce, prouvent la nécessité d'une *aptitude particulière* aux réactions morbides dans les neurones en souffrance, chez les sujets atteints de psychopolynévrites. (DUPRÉ.)

Parmi les individus prédisposés, les uns présentent des neurones périphériques moins résistants ; les autres, des neurones corticaux plus vulnérables ; d'autres présentent d'égales susceptibilités morbides dans les centres et à la périphérie du système nerveux : les premiers, sous l'influence des intoxications graves seront atteints de polynévrites ; les seconds seront frappés de confusion mentale, de délire, d'amnésie, etc. ; les troisièmes offriront, dans le tableau clinique

(1) DUPRÉ. Psychopolynévrites. (Traité de pathologie mentale de Gilbert BALLET.)

de la psychopolynévrite, le mélange, à parties inégales, de ces syndromes associés.

En réalité, tous ces cas ne représentent que des variétés de la localisation d'un même processus anatomo-clinique : *l'atteinte toxi-infectieuse du neurone périphérique et central*. Dans certains cas, la localisation est surtout périphérique et se traduit, cliniquement, par de la polynévrite ; dans d'autres, elle est surtout centrale et donne le tableau clinique de la confusion mentale ; enfin, dans des cas plus rares, lorsqu'elle porte à la fois sur les neurones corticaux et sur les neurones médullaires ou périphériques, *la lésion est bipolaire* ; et c'est ce qu'on observe, cliniquement, dans le syndrome de la psychose polynévritique et dans la presbyophrénie.

Telle est la théorie défendue, à l'heure actuelle, par M. DUPRÉ.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique, et surtout l'histologie pathologique de la presbyophrénie, constitue un vaste champ de recherches ouvert à la sagacité des neurologistes et des aliénistes ; car l'étude des lésions observées est encore un problème qui est loin d'être résolu, bien que les travaux récents de FISCHER nous aient apporté quelque clarté sur ce point. Cet auteur a trouvé, en effet, et d'une façon à peu près constante, dans l'écorce cérébrale de presbyophréniques, certaines lésions qu'il considère comme spécifique de l'affection et qui ressemblent à celles qui avaient été décrites quelque temps auparavant par REDLICH (1), à propos de deux cas de démence sénile.

L'écorce cérébrale se trouve parsemée de plaques spéciales, qui ont quatre à six fois les dimensions des cellules ganglionnaires et qui se colorent très vivement par le carmin ; ces plaques sont diffuses un peu partout, mais elles siègent surtout dans la couche des petites cellules pyramidales ; elles présentent, en leur centre, une périphérie, un fin feutrage de filaments constituant une zone de transition entre les granulations protoplasmiques situées au centre des plaques et le tissu nerveux environnant ; de plus, il n'est pas rare de voir, à l'intérieur de ces mêmes plaques, des débris de noyau et des restes de protoplasma cellulaire qui sont l'indice de l'existence antérieure de cellules ganglionnaires, lesquelles se sont atrophiées au point de disparaître

(1) REDLICH. (*Jahrbuch für Psychiat. u. Neurol.*, Band XVII.)

à peu près complètement par endroits; d'après REDLICH, ces cellules ganglionnaires en voie de régression ont été remplacées par de la névroglie; et il considère les plaques observées comme étant la résultante de petits foyers de prolifération de la névroglie.

En 1906, MIYAKE (1) découvre, dans deux cerveaux de déments séniles, des lésions analogues à celles qui ont été décrites par REDLICH.

La même année, ALZHEIMER (2) présente, à la société des médecins aliénistes du sud-ouest de l'Allemagne, des préparations que son élève PERUSINI fit dans son laboratoire. L'examen microscopique de ces préparations permet à PERUSINI de conclure que : 1° le premier stade d'évolution des plaques est une altération du réticulum diffus, plasmatique, de la névroglie, consistant en des inclusions, plus ou moins granuleuses, diversement colorées par les réactifs, et en petits filaments fort bien colorés par la méthode de Bielschowsky; 2° A côté de ces plaques, il existe des lésions particulières des cellules ganglionnaires (prolifération fibrillaire à gros filaments); 3° Enfin, il n'est pas exact de considérer ces plaques comme étant spécifique de la presbyophrénie.

L'année suivante, en 1907, FISCHER (3) fait une communication à la société des médecins de Prague, dans laquelle il ne partage pas la manière de voir des auteurs ci-dessus mentionnés; et bien qu'il reconnaisse l'exactitude de la description de Redlich, il donne, aux plaques, une autre origine et une autre signification que celles qui leur ont été attribuées par cet auteur. FISCHER a eu l'occasion d'observer

(1) MIYAKE. (*Obersteiner's Arbeiten*, Band XIII.)

(2) ALZHEIMER. (*Versamml. Südwestdeutsch. Irrenärzte*, in Tübingen, 1906.)

(3) FISCHER. (*Wissenschaftl. Gesellsch. deutsche Aerzte in Prag.*, 19 juin 1907.) — Idem. (*Monatsch. f. Psychiat. u. Neurol.*, 1907, XXII, 361-372.)

ver un très grand nombre de cerveaux de déments séniles et, dans la plupart, il constata la présence des plaques signalées par Redlich. Pour lui, les plaques présentent la même disposition que celles qui ont été observées par Redlich; elles se trouvent d'une façon diffuse dans toute l'écorce cérébrale et surtout au niveau des petites cellules pyramidales; il en existe également, en petites quantités, au voisinage immédiat des vaisseaux et principalement des capillaires.

En employant des méthodes spéciales de coloration, et en particulier, l'hématoxyline-éosine, le procédé de Giéson, ou mieux la méthode de Bielchowsky, FISCHER a observé que les plaques avaient une structure différente suivant leur grandeur. Les plus petites ont une forme arrondie et mesurent 10 à 20 μ de diamètre; vues à un fort grossissement, elles ont un aspect homogène, rappelant beaucoup celui des foyers de nécrose, et elles sont très nettement délimitées par le tissu environnant; enfin, à l'immersion, elles apparaissent comme de petites masses opaques ayant une disposition radiée; on constate alors que le corpuscule n'est plus arrondi, mais qu'il présente des bords légèrement dentelés et crénelés.

Les plaques de moyenne dimension comprennent une partie centrale ayant une structure identique à celle des plaques précédentes; elles mesurent 15 à 25 μ de diamètre et sont entourées par une sorte de halo circulaire qui a la même structure que le tissu fondamental normal de l'écorce cérébrale, avec cette seule différence qu'il est plus dense; de plus, la partie centrale de ces plaques est constituée par des masses granuleuses, colorées en bleu foncé par l'hématoxyline-éosine, et par des filaments, également colorés en bleu, et affectant une disposition rayonnée, en forme de massues, nettement visible avec l'objectif à immersion.

Enfin, les grandes plaques atteignent 60 à 80 μ , rarement

100 à 120 μ de diamètre, et elles présentent, sous le microscope, un aspect qui rappelle parfaitement la disposition d'un actinomyces vu en coupe. La partie centrale de ces grandes plaques est constituée par une masse que l'hématoxyline colore en bleu foncé et qui est caractérisée par un enchevêtrement de fibrilles assez semblables comme forme, à la fibrine ou aux streptothrix. A la périphérie de la plaque, on observe un réseau fibrillaire, moins coloré, et affectant une disposition radiée. En général, ces plaques se distinguent très nettement du tissu nerveux ambiant; mais parfois la délimitation est moins nette et il existe une zone de transition.

Toutes ces plaques sont ordinairement libres de cellules ou d'éléments cellulaires; et ce n'est que dans quelques grandes plaques que l'on peut observer des noyaux atrophiés et entourés de débris protoplasmiques, vestiges de cellules nerveuses en voie de disparition; seulement ces restes cellulaires n'existent qu'à la périphérie de la plaque qui est encore enserrée par une prolifération intense du tissu névroglique.

Ainsi donc, pour FISCHER, il s'agirait d'une « nécrose ganglionnaire miliaire » avec dégénérescence des cellules nerveuses et prolifération intense, remarquable, des neurofibrilles qui, dans certains cas, subissent des modifications particulières de forme et prennent l'aspect de massues. Pour cet auteur, la nécrose ganglionnaire avec prolifération névroglique serait le substratum anatomique le plus important de la presbyophrénie : c'est là, du moins, la conclusion qui découle de ses premières recherches.

D'après certains auteurs tels que CAJAL (1), MARINESCO (2),

(1) CAJAL. Die histogenetischen, Berveise der Neuronentheorie von His und Forel.

(2) MARINESCO. Etude sur le mécanisme de la régénérescence des fibres nerveuses des nerfs périphériques.

PERRONCITO (1), NAGEOTTE (2), etc., qui se sont occupés spécialement de la régénération des fibres nerveuses, les productions en massues sont d'origine nerveuse; elles ont une structure fibrillaire et offrent une grande ressemblance avec les phénomènes que l'on observe dans la régénération des fibres nerveuses après section des nerfs périphériques. Les méthodes de coloration à l'argent, de Cajal ou de Bielschowsky, montrent que le cylindrax est plusieurs fois divisé et qu'à chaque extrémité il existe des renflements en massues avec une structure fibrillaire ou réticulée. Or, ces renflements en massues seraient, pour ces auteurs, le point de départ de processus de régénération du tissu nerveux et auraient été observés dans différents états pathologiques. Ces renflements en massues ne sont-ils que des éléments de régénération? FISCHER en doute. Mais dans l'état actuel de nos connaissances, c'est là un problème qui est loin d'être résolu et pour la solution duquel de nombreuses recherches sont encore nécessaires.

Dans le traité de pathologie mentale de M. Gilbert BALLET, au chapitre des psycho-polynévrites, M. DUPRÉ déclare que l'examen macroscopique des centres nerveux ne révèle rien d'anormal; on note seulement un degré variable de congestion, d'œdème, quelquefois de suffusion sanguine de la pie-mère, dans certains cas, il y a un peu d'épaississement de la séreuse, avec un état glutineux et adhérence diffuse et légère aux circonvolutions; aucune altération appréciable n'existe à la coupe des centres ni à l'aspect des nerfs. Tout l'intérêt anatomo-pathologique de l'affection réside dans les résultats de l'examen microscopique.

Du côté des nerfs, on observe toute la série et tous les

(1) PERRONCITO. La regenerazione delle fibre nervose.

(2) NAGEOTTE. Note sur l'apparition précoce d'arborisations périglomérulaires formées aux dépens des collatérales des glomérules dans les ganglions rachidiens greffés. (*Rev. neurol.*, Paris, 1907.)

degrés des lésions caractéristiques de la névrite parenchymateuse, si bien mises en lumière par les travaux classiques de RANVIER, GOMBAULT, JOFFROY, DÉJERINE, BABINSKI, PIETRES et VAILLARD, MARINESCO, etc.

En outre, les études plus récentes de NISSEL, LUGARO, SOUKHANOFF, Gilbert BALLET et DUTIL, etc., ont montré que les lésions névritiques peuvent provoquer, à distance, dans les cellules originelles du cylindraxe attaqué, l'apparition d'altérations précoces, progressives, caractérisées par la chromatolyse, le déplacement excentrique du noyau, la désintégration de la substance achromatique et enfin, l'atrophie et la disparition de la cellule. Ce « processus de retentissement à distance, dans la cellule originelle du nerf », au niveau de la moelle, des lésions éloignées de névrite destructive, s'exerce sans altération intermédiaire du cordon nerveux, entre le foyer de la névrite et les origines du nerf. Dans ses progrès et son intensité, il peut affecter tous les degrés, depuis les phases initiales où les lésions cellulaires sont légères et curables, jusqu'aux phases tardives où les altérations aboutissent à des destructions irréparables. (DUPRÉ.)

Toutes ces constatations, qui démontrent si clairement l'unité anatomique et fonctionnelle du neurone spino-périphérique dans sa conduction motrice et sensitive (RAYMOND), ont un intérêt capital dans l'appréciation et la discussion des rapports qui unissent, dans le syndrome psychopolynévritique, les lésions et les manifestations périphériques aux altérations centrales et aux troubles de l'intelligence. (Gilbert BALLET.)

Au point de vue histo-pathologique, Gilbert BALLET et ses élèves ont démontré l'existence d'altérations cellulaires, visibles seulement à un assez fort grossissement, surtout au niveau des grandes cellules pyramidales, et intéressant, à

la fois, les éléments fondamentaux de cette couche de cellules et les cellules géantes de Betz. Ces altérations se manifestent, suivant leur intensité, par la tuméfaction globuleuse du corps cellulaire, le gonflement et le déplacement excentrique du noyau, la chromatolyse périnucléaire, puis par l'atrophie du noyau qui s'accolle à la paroi cellulaire, la disparition du nucléole et la décoloration de la cellule.

Ces mêmes altérations cellulaires se retrouvent, toutefois, moins accentuées, dans les cornes antérieures de la moelle. Le plus souvent on ne constate pas de lésion pariétale inflammatoire; il n'y a pas de diapédèse des vaisseaux ou des espaces périvasculaires.

Dans certains cas, on note l'existence de foyers nécrotiques siégeant au voisinage des vaisseaux. Les altérations vasculaires sont ordinairement très discrètes; cependant, surtout au niveau du lobe frontal, on peut observer une dilatation et un épaississement de la gaine lymphatique de certaines artérioles. Cette gaine peut alors renfermer divers éléments leucocytaires, en particulier des lymphocytes et des granulations protoplasmiques; la paroi même des vaisseaux ne semble pas être le siège d'altérations ni de phénomènes de dégénérescence.

Au niveau du bulbe et de la moelle, indépendamment des altérations cellulaires déjà mentionnées, il existe des dégénérescences, centripètes ou centrifuges, des fibres nerveuses; ces lésions ont été également constatées sur les fibres du réseau d'Exner, dans le cortex. Or, les lésions cellulaires du cortex sont presque toujours associées aux lésions parenchymateuses de la polynévrite. Le neurone cortical et le neurone périphérique sont, tous deux, intéressés dans un *complexus anatomo-clinique bipolaire* qui caractérise précisément le syndrome de la psychopolynévrite. (DUPRÉ.) Tantôt les lésions prédominent dans l'écorce cérébrale et

sont à peine accusées dans les nerfs, tantôt la névrite périphérique est très accusée et les altérations corticales sont très légères; « il n'existe d'ailleurs pas de rapport proportionnel fixe entre l'intensité des lésions centrales ou périphériques et l'éclat ou la gravité des troubles psychiques ou sensitivo-moteurs ». Pour MARINESCO (1), les polynévrites déterminent, dans les centres nerveux, des lésions constantes mais d'origine secondaire; et ces lésions constituent la réaction nécessaire d'un centre en souffrance; car « ce n'est ni le hasard ni l'infection qui les produisent », dit-il.

En réalité, l'atteinte morbide d'une cellule se traduit soit par le trouble fonctionnel, soit par l'altération des éléments cellulaires, soit par les deux ordres, clinique et anatomique, de réactions. Si l'on tient compte des constatations histologiques, les lésions des nerfs semblent être antérieures et supérieures aux symptômes de névrite, tandis qu'au niveau du cerveau, les symptômes psychiques précèdent en date et dépassent en intensité les lésions cellulaires de l'écorce; « au delà d'un certain degré de durée ou de profondeur, le syndrome correspond à un substratum anatomique dont la nature, la diffusion et le degré de réparabilité rendent compte de la persistance de l'étendue et du degré de curabilité des phénomènes de déficit périphérique ou central. » (DUPRÉ.)

En résumé, les recherches anatomo-pathologiques des auteurs français montrent que les lésions portent sur l'ensemble des tissus de l'encéphale, c'est-à-dire, à la fois, sur les méninges, les vaisseaux, le tissu conjonctif des gâines vasculaires et les éléments nerveux eux-mêmes : cellules nerveuses et névroglie.

En 1908, dans une communication faite à la Société alle-

(1) MARINESCO. Des polynévrites, en rapport avec les lésions secondaires et les lésions primitives des cellules nerveuses. (*Rev. neurol.*, Paris, 1896, 129.)

mande de psychiatrie de Berlin, FISCHER (1) expose le résultat des nouvelles recherches qu'il a entreprises; il a pu étudier la plupart des stades évolutifs observés précédemment; et il a surtout porté son attention sur le processus d'infiltration des filaments. A ce sujet, il fait remarquer la ressemblance particulière que ces masses morbides présentent avec des colonies microbiennes et il insiste sur l'impossibilité dans laquelle il se trouve de pouvoir affirmer que ces productions pathologiques sont réellement des bactéries (2).

Dans un travail publié dans les « *Archiv. für Psychiatrie* », (vol. 46, fasc. 2) HUBNER déclare avoir observé quelques formes de la structure filamenteuse; mais celle-ci n'est pas très fréquente, et l'on observe surtout des masses amorphes.

En 1909, paraît un travail de OPPENHEIM (3) dans lequel cet auteur considère les masses ganglionnaires comme des productions morbides que l'on rencontre seulement dans des cerveaux séniles et en particulier chez les presbyophréniques; il a, lui aussi, observé des masses; mais il les considère comme étant uniquement d'origine névroglique.

La même année, SARTESCHI (4) publie un cas dans lequel il trouve également les masses ganglionnaires et qu'il explique comme étant des cellules en araignée modifiées.

Enfin, parut tout récemment (1910) un nouveau travail de

(1) FISCHER. (*Jahresversamml. d. deutsch. Ver. f. Psychiat.*, Berlin, 1908). — Idem. (*Allgem. Ztschr. f. Psychiat.*, 1908, 500).

(2) A ce sujet, et dans le but de faciliter les recherches ultérieures de ceux qui s'intéressent à cette question, nous croyons devoir signaler une erreur d'interprétation que nous avons relevée dans le travail de Nouët et Halberstadt (*Encéphale*, 1909) et qui fut reproduite dans l'article de Hamel. (*Revue de Psychiatrie*, 1911.)

(3) OPPENHEIM. (*Neurol. Zentralbl.*, 1909.)

(4) SARTESCHI. (*Riv. sperim. d. freniatr.*, 1909, XXXV.)

FISCHER (1) dans lequel il déclare que la meilleure méthode à employer pour l'examen des lésions du cerveau est celle de Bielchowsky. Elle offre l'avantage sur les procédés de coloration ordinairement utilisés, de mettre mieux en évidence les éléments morbides. Pour obtenir le maximum de netteté, il faut donner, aux coupes, une épaisseur d'environ 20 μ , sinon la coloration des préparations laisse beaucoup à désirer. Sous le microscope on voit d'abord de petites masses étoilées, isolées les unes des autres et qui constituent la phase initiale du processus morbide. Puis, à mesure que la lésion progresse, ces masses en étoiles s'agglomèrent pour former de masses arrondies hérissées de pointes (*deuxième stade d'évolution*) qui ne tardent pas à se transformer et à prendre une disposition rayonnée (*troisième et quatrième stades*); cette disposition rayonnée est déjà l'indice d'une lésion avancée. Ces masses, qui sont constituées par des fibrilles extrêmement fines, se comportent, dans le tissu nerveux, comme de véritables corps étrangers; elles s'insinuent entre les fibres nerveuses, les écartent et les compriment ainsi que le montre l'incurvation des cylindraxes voisins. A ces masses étoilées, fait suite un peloton de grosses fibres (*cinquième stade*) qui enserrent les vaisseaux et amènent la destruction de leurs parois (*sixième stade*). Enfin, les masses ganglionnaires subissent des phénomènes de dégénérescence et de destruction (*septième stade*) pour aboutir au processus d'infiltration filamenteuse diffuse du tissu nerveux (*huitième stade*). L'apparition du cinquième stade indique déjà que les lésions sont avancées; aussi l'état est-il particulièrement grave lorsque l'on constate la présence des trois derniers stades.

D'après FISCHER, ces différentes productions pathologiques constituent les diverses phases d'un même processus

(1) FISCHER. (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, 371-471.)

morbide auquel il propose de donner le nom de *sphérotrichie multiple du cerveau* (*sphaerotrichia cerebri multiplex*).

Voici, d'ailleurs, différentes observations se rapportant aux divers stades observés par FISCHER :

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, Berlin et Leipzig, 1910, III, Heft 4, observ. 1).

Femme Josépha V..., âgée de 71 ans, entre à la clinique de psychiatrie de Prague, le 11 juin 1907 ; amnésie rétrograde ; désorientation dans le temps et dans l'espace (dit avoir 40 ou 50 ans) ; mouvements automatiques de mastication (croit avoir un gâteau dans la bouche) ; légère aphasie ; la malade est ordinairement calme ; elle meurt, le 28 septembre 1907, de dysenterie. — *Autopsie* : bronchite suppurative ; endocardite chronique des valvules aortiques ; hypertrophie du cœur ; entérite nécrosante. Atrophie très prononcée de l'écorce cérébrale avec dilatation notable des ventricules. A l'examen histologique, masses ganglionnaires, plus petites et moins nombreuses dans les parties antérieures que dans les parties postérieures du cerveau, et affectant les trois premières phases du processus morbide ; infiltration filamenteuse dans les lobes frontaux ; altération considérable des cellules ganglionnaires. — Pas d'artériosclérose.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, Berlin et Leipzig, 1910, III, Heft 4, observ. II).

Marie Z..., âgée de 71 ans, est atteinte de démence sénile depuis 4 ans ; entre à la clinique de psychiatrie le 19 janvier 1908 ; amnésie complète ; confabulation avec idées incohérentes ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; euphorie alternant avec des phases d'irritabilité au cours desquelles elle insulte son entourage. Mort dans le marasme, le 6 juillet 1909. — *Autopsie* : atrophie cérébrale avec dilatation des ventricules et léger épaissement des vaisseaux de la base. Sous le microscope, on constate des masses ganglionnaires ayant atteint la phase de production des massues dans les parties antérieures du cerveau ; dans les parties postérieures, le processus est moins avancé et n'est

pas encore arrivé à la période des massues. Les cellules ganglionnaires sont très altérées et quelques-unes présentent une prolifération fibrillaire très nette.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, Berlin et Leipzig, 1910, Heft 4, observ. 6).

Francisca P..., âgée de 85 ans, présente depuis six mois, à la suite d'une pneumonie, des troubles mentaux avec désorientation dans le temps et dans l'espace ; elle entre à la clinique de psychiatrie de Prague, le 28 octobre 1907 ; troubles de la mémoire ; confabulation ; amnésie rétrograde ; fausses reconnaissances ; mort subite le 26 décembre 1907. — *Autopsie* : marasme généralisé ; bronchite diffuse ; embolie de l'artère pulmonaire. Vu dans son ensemble, le cerveau ne paraît pas atrophié d'une façon appréciable ; dilatation considérable des ventricules cérébraux ; induration des vaisseaux de la base. A l'examen histologique, on constate, dans les lobes antérieurs du cerveau, de très nombreuses masses ganglionnaires aux deux premières phases de leur évolution (productions en étoiles), avec une altération très prononcée des cellules ganglionnaires. Dans les parties postérieures du cerveau, les masses ganglionnaires sont plus rares et ont déjà atteint le stade radié avec apparition de quelques massues ; les cellules ganglionnaires sont peu altérées.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, Berlin et Leipzig, Heft 4, observ. 7).

Marie L..., âgée de 60 ans, entre à la clinique le 3 janvier 1907, et présente des troubles mentaux depuis deux ans déjà ; troubles de la mémoire ; désorientation ; irritabilité ; aphasie amnésique notable avec agrammatisme et de temps en temps, prononciation défectueuse, paraphasique des mots ; la malade emploie souvent des mots incompréhensibles ; apraxie idéative ; confabulation ; mort dans le marasme, le mars 1908. — *Autopsie* : atrophie considérable du cerveau, surtout au niveau du lobe temporal gauche ; œdème et épaississement des méninges ; dilatation des ventricules vaisseaux de la base, épaissis. Au microscope, on remarque de nombreuses masses ganglionnaires aux

différents stades d'évolution, mais sans massues ; les cellules ganglionnaires sont très altérées. Dans le tronc basilaire et dans les couches moléculaires du cervelet, il y a quelques rares masses aux phases de début ; il n'en existe pas dans la moelle allongée.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol. u. Psychiat.*, 1910, III, Heft 4, observ. 12).

Francisca Br..., âgée de 70 ans, présente des signes de démence depuis un an. Entre à la clinique, le 20 juin 1905 ; amnésie ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; euphorie. En octobre 1907, crises d'épilepsie et légère aphasie. Le 8 mars 1909, nouvelles crises d'épilepsie et mort, dans le marasme, le 12 juin 1909. — *Autopsie* : atrophie cérébrale avec épaississement méningé et dilatation modérée des ventricules. Au microscope : nombreuses masses ganglionnaires aux diverses phases de leur évolution, et réparties un peu partout ; infiltration des lobes frontaux ; pas de massues ; altération considérable des cellules ganglionnaires qui présentent, dans certaines régions, des foyers d'infiltration fibrillaire. Dans le cervelet, on ne trouve que des débris, sans noyaux, de cellules ganglionnaires avec prolifération fibrillaire marquée.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol.*, 1910, III, Heft 4, observ. 13).

Anna H..., âgée de 79 ans, est admise à la clinique le 14 juin 1907 ; troubles de la mémoire (amnésie rétrograde et antérograde) ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; agitation ; confabulation ; mort dans le marasme, le 3 août 1907. — *Autopsie* : pas de lésions pathologiques des viscères. Légère atrophie cérébrale avec dilatation considérable des ventricules ; pas d'altération des vaisseaux de la base. Au microscope : masses ganglionnaires aux différents stades d'évolution et avec quelques massues ; altération légère des cellules ganglionnaires.

OBSERVATION

FISCHER (*Ztschr. f. gesamt. Neurol.*, 1910, III, Heft 4, observ. 16).

Joseph B..., âgé de 55 ans, entre à la clinique, le 4 octobre 1907. Aurait eu une attaque d'apoplexie il y a quelque temps, avec parésie des membres et aphasie sensorielle ; troubles de la mémoire avec conservation de certains faits intéressant sa personnalité ; désorientation. Mort le 24 octobre 1907 (bronchite diffuse). — *Autopsie* : lésions considérables d'endartérite avec hypertrophie du cœur et bronchite diffuse ; légère atrophie du cerveau ; léger épaissement méningé ; plusieurs petits foyers de ramollissement, anciens, kystiques dans les deux noyaux lenticulaires. Le microscope révèle l'existence de quelques masses ganglionnaires arrivées à la phase radiée avec de nombreuses massues ; altérations légères des cellules ganglionnaires.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous n'avons que peu de choses à dire au sujet du traitement. D'une façon générale, il est analogue à celui de la démence sénile ou de la confusion mentale. Le repos au lit offre de réels avantages, et il doit être associé à une alimentation reconstituante.

CONCLUSION

La presbyophrénie, que les auteurs allemands considèrent comme une espèce nosologique à part, distincte de la psycho-polynévrite, doit être envisagée, selon nous, comme un syndrome, constitué par les éléments suivants : Amnésie de fixation, désorientation, fausses reconnaissances, fabulation. De ces symptômes, deux sont essentiels, les autres pouvant être regardés comme leurs conséquences : ce sont l'*amnésie de fixation* et la *fabulation*. Enfin, l'amnésie de fixation étant elle-même un fait clinique banal au cours d'un grand nombre de psychoses, et surtout de psychoses de la vieillesse, c'est en dernière analyse la *fabulation*, éclosée et développée à la faveur de l'amnésie de fixation qui confère au syndrome presbyophrénique son principal intérêt nosologique et clinique.

D'une manière générale, la *sénilité* constituant un terrain particulièrement favorable à l'amnésie de fixation, selon les lois classiques de l'involution de la mémoire, et aussi à la fabulation, par régression de la mentalité vers l'état psychique essentiellement imaginatif de l'enfance, on peut admettre que le syndrome presbyophrénique, d'observation plus fréquente dans les psychoses de la vieillesse, mérite au moins partiellement, de conserver son nom.

La *démence sénile*, dont un des caractères classiques est l'amnésie de fixation, donne naissance, lorsque la fabulation s'ajoute à l'amnésie, au tableau typique de la presbyophrénie, telle que Kræpelin l'a décrite. Mais il peut en être de même dans toutes les *démences organiques* (artériosclérose, ramollissements, tumeurs, etc.) dans tous les états

confusionnels et dans les *névroses* (infections, intoxications, épilepsie), dans lesquels une amnésie de fixation plus ou moins marquée peut servir d'amorce à la fabulation. Il convient d'insister tout particulièrement sur la fréquence du même syndrome au cours des *psycho-polynévrites* qui comportent à un si haut degré l'amnésie de fixation, et dans lesquelles les tendances du sujet à la fabulation peuvent être encore exagérées par un état de rêverie onirique. C'est une règle, en clinique, de rechercher systématiquement chez tout presbyophrénique les signes de polynévrite, l'atteinte du système nerveux étant le plus souvent bipolaire, parfois cependant surtout à un moment avancé de l'évolution pouvant apparaître comme unipolaire et intéresser uniquement le pôle cérébral. (DUPRÉ.) Groupement syndromique, essentiellement constitué par la *fabulation reliée à l'amnésie de fixation*, réaction d'un terrain à un symptôme, la *presbyophrénie* tire surtout son intérêt et son individualité clinique de la mise en jeu à l'occasion de l'amnésie, d'une *activité imaginative* dont la richesse est directement proportionnelle aux aptitudes mythopathiques constitutionnelles du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- BALLET (Gilbert). — Traité de médecine de Charcot et Bouchard.
— Traité de pathologie mentale. (Paris, 1903, in-8°.)
- BEAUSSART (P.). — Presbyophrénie et psycho-polynévrite chronique. (*Arch. neurol.*, Paris, 1910, 4^e s., I, 114-137.)
- BENON. — Troubles psychiques chez les hémiplegiques organiques internés. (*Thèse de doct.*, Paris, 1905, 8°.)
- BOLTEN. — Een genezen geval van presbyophrenia (Wernicke). (*Nederl. Tijdsch. v. Geneesk.*, Amsterdam, 1906, II, 1460-1466.)
- BRISSET et HAMEL. — Presbyophrénie et psychose de Korsakoff. (*Société clinique de méd. mentale*, Paris, séance du 18 juillet 1910.)
- CHARTIER. — Un cas de psychose polynévritique chez un alcoolique de 63 ans. (*Soc. de psychiat.*, Paris, avril 1909.)
- DENY et CAMUS. — Démence polynévritique. (*Soc. de psychiat.*, Paris, séance du 27 mai 1909.)
- DEVAUX et LOGRE. — Amnésie et fabulation : étude du syndrome presbyophrénique. (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, Paris, 1911, XXIV, 90-115.)
- DUPRÉ. — Les psycho-polynévrites, in : Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet. (Paris, 1903, 8°.)
- DUPRÉ (E.). — Amnésie antérograde continue, topo-agnosie et troubles de la psychoréflexivité émotive consécutifs à un choc moral. (*Rev. neurol.*, Paris, 15 mai 1903.)
- DUPRÉ (E.). — La mythomanie. (*Bull. méd.*, Paris, 25 mars, 1 et 8 avril 1905.)
- DUPRÉ et CHARPENTIER. — Un cas de psycho-polynévrite chronique. (*Soc. de psychiat.*, Paris, séance du 17 décembre 1908.)

- DUPRÉ et CHARPENTIER. — Des psycho-polynévrites chroniques. (*Encéphale*, Paris, avril 1908, III, 289.)
- DUPRÉ et CHARPENTIER. — Psycho-polynévrites chroniques et démence. (*Encéphale*, Paris, 10 février 1909, 143-149.)
- FÉRET (A.). — Etude clinique des troubles mentaux dans le syndrome de Korsakoff. (*Thèse de doct.*, Paris, juillet 1910, 8°, 99 p.)
- FISCHER. — (*Wissenschaftl. Gesellsch. deutsch. Aerzte*, Prag, 19 juin 1907.)
- FISCHER. — Miliare Nekrosen mit drüsigen Wucherungen der Neurofibrillen, eine regelmässige Veränderung der Hirnrinde bei seniler Demenz. (*Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol.*, 1907, XXII, 361-372, 8 fig.)
- FISCHER. — (*Jahresversamml. d. deutsch. Verein f. Psychiat.*, Berlin, 1908.) — *Allg. Ztschr. f. Psychiat.*, 1908, p. 500.)
- FISCHER. — Die pathologisch-anatomische Grundlage der Presbyophrenie. (*Wissenschaftl. Gesellsch. d. deutsch. Aerzte*, Prag, 29 avril 1910.)
- FISCHER. — Die presbyophrene Demenz, deren anatomische Grundlage und klinische Abgrenzung. (*Ztschr. f. gesamte Neurol. u. Psychiat.*, Berlin et Leipzig, 1910, III, Heft 4, 371-471, 13 Tafel.)
- FISCHER. — Die Klinik und die pathologische Anatomie der Presbyophrenie. (82^e *Versamml. deutsch. Naturf. u. Aerzte* in Königsberg, 18-24 septembre 1910.)
- GELMA. — Psychose polynévritique chronique. (XX^e *Congr. de méd. alién. et neurol. de France et des pays de langue française*, Bruxelles-Liège, 1-8 août 1910.)
- HALBERSTADT. — La presbyophrénie de Wernicke. (*Progrès Méd.*, Paris, 1910, 3 s., XXVI, 2-24.)
- HAMEL. — Presbyophrénie et démence sénile. (*Rev. de Psychiat.*, Paris, 1911, XV, 2-24.)
- HUBNER. — Zur Histologie der senilen Hirnrinde. (*Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh.*, Bd XLVI, 2.)
- KAHLBAUM. — Klinische Untersuchung über zwei Fälle zur sogenannten polyneuritischen Psychose. (*Allgem. Ztschr. f. Psychiat.*, 1898, LVI.)

- KRÆPELIN. — Lehrbuch der Psychiatrie. (Leipzig, 1904, in-8°, II, 482 ; idem : 1910, II, 603.)
- KRÆPELIN. — Introduction à la psychiatrie clinique. (*Edition française* de Devaux et Merklen ; préface de Dupré. Paris, 1907, in-8°.)
- MONKEMÖLLER. — Kasuistischer Beitrag zur sogenannten polyneuritischen Psychose. (*Allgem. Ztschr. f. Psychiat.*, 1898, LIV.)
- NOUET et HALBERSTADT. — La presbyophrénie de Wernicke. (*Encéphale*, Paris, 1909, I, 331-342.)
- OPPENHEIM. — Ueber « drüsige Nekrosen » in der Grosshirnrinde. (*Neurol. Centralbl.*, Leipzig, 1909, XXVIII, 410-413.)
- REDLICH. — (*Jahrb. f. Psychiat. u. Neurol.*, Bd XVII.)
- RÉGIS. — Précis de psychiatrie. (Paris, 1909, in-12°, 4^e édit., [Presbyophrénie, page 505]).
- ROGUES DE FURSAC. — Manuel de psychiatrie. (Paris, 1909, 8°, 270 pages.)
- ROSE et BENON. — Psychose polynévritique ou presbyophrénie ? (*Encéphale*, Paris, 1909, II, 567-577.)
- SARTESCHI. — All' istologia pathologica della presbyofrenia. (*Riv. speriment. di frenatria*, 1909, XXXV, 464.)
- SOUKHANOFF. — (*Rev. de méd.*, Paris, 1897.)
- THOMA. — Beitrag zur pathologischen Anatomie der Korsakowschen Psychose. (*Allg. Ztschr. f. Psychiat.*, 1910, LXVII, 579.)
- TRENEL et LIBERT. — Paralyse générale sénile et presbyophrénie. (*Bull. Soc. clin. de méd. ment.*, Paris, 18 juillet 1910, III, n° 7, 258.)
- WERNICKE. — Grundriss der Psychiatrie. (Leipzig, 1906, 8°, 2^e édit., 290-502.)
- WOLLENBERG. — Lehrbuch der Psychiatrie. (Iena, 1907, 8°.)
-

